



**SERVIZIO PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA E SOCIALE  
 EXTRASCOLASTICA DEI DIVERSAMENTE ABILI  
 ANNO SCOLASTICO 2019/2020**



**AL DIRIGENTE  
 SETTORE SERVIZI SOCIALI  
 COMUNE DI BARLETTA**

Il/La sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Che il proprio figlio/a**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

possa usufruire del *Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale Extrascolastica dei diversamente abili - A.S. 2019/2020*.

**Scuola che frequenterà il minore**

**BARRARE A  
 FIANCO IL  
 RIQUADRO DI  
 RIFERIMENTO**

SCUOLA DELL'INFANZIA <input type="checkbox"/>	SCUOLA PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO <input type="checkbox"/>
---	--	--

**Denominazione Scuola:** \_\_\_\_\_

**Plesso:** \_\_\_\_\_

**Classe:** \_\_\_\_\_



CITTA' DI BARLETTA

Medaglia d'oro al Valor Militare e Merito Civile

Città della Disfida



- Conferma/dichiara i componenti il proprio nucleo familiare di seguito indicati:

Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita	Parentela
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

#### DICHIARA

- Di aver già usufruito del *Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale Extrascolastica dei diversamente abili*, nell'anno scolastico 2018/2019;
- Di non aver già usufruito del *Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale Extrascolastica dei diversamente abili* nell'anno scolastico 2018/2019;
- Di voler usufruire, in caso di assenza dell'alunno per un periodo superiore ad una settimana ed in presenza di un familiare di riferimento, delle ore di prestazione del Servizio anche presso il proprio domicilio;
- Di non voler usufruire, in caso di assenza dell'alunno per un periodo superiore ad una settimana, delle ore di prestazione del Servizio anche presso il proprio domicilio

#### Alla presente allega:

- Copia conforme all'originale della Diagnosi redatta dai Servizi Sanitari della ASL/BT, ai sensi del Regolamento Regionale n. 6/2007;
- Copia di un documento d'identità del richiedente, in corso di validità.

#### INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI CUI ALL'ART. 13 DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196 e s.m.i.

La informiamo che il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti è finalizzato a predisporre l'istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti d'accesso al servizio richiesto. Il conferimento dei dati è necessario ed indispensabile per l'istruttoria della pratica. I dati personali possono essere comunicati alla Guardia di Finanza e all'Autorità Giudiziaria.

Barletta, \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_