

Domanda per servizio di Assistenza alla Comunicazione per disabilità sensoriali
(Minori)

La domanda deve essere presentata per il tramite del Dirigente Scolastico dell'istituto frequentato.

Città Metropolitana di Catania
Politiche Sociali e del Lavoro, Politiche Culturali e del Turismo
1° Dipartimento 3° Servizio
via Nuovaluce n° 67/A
95030 - Tremestieri Etneo (CT)

Il/La sottoscritto _____, nato a _____, il _____,
residente in _____, Via _____,
tel/cell _____, e.mail/PEC _____;

CHIEDE

Per il proprio figlio _____ nato a _____
il _____;

☐ **persona con disabilità visiva**

☐ **persona con disabilità uditiva**

l'erogazione del servizio di Assistenza alla Comunicazione.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

che il predetto figlio è residente in _____, Via _____
n. _____, e che nell'anno scolastico _____ è iscritto alla scuola _____
classe _____ sita in _____.

Alla presente allega la seguente documentazione in formato PDF:

- 1** Fotocopia del documento di riconoscimento e C.F. dell'istante;
- 2** Diagnosi funzionale (o profilo di funzionamento, a seguito dell'entrata in vigore delle disposizioni di cui all'art. 5 comma 3 del d.lgs 66/2017;
- 3** Verbale di accertamento della condizione di disabilità, art 3, comma 3 L 104/92, in corso di validità redatto dalla Commissione Medica dell'ASP, o certificato medico ad uso scolastico rilasciato dall'ASP, attestante lo stato di persona con disabilità sensoriale visiva o uditiva;
- 4** in alternativa al punto di cui sopra: certificazione specialistica ai sensi della legge 27 maggio 1970 n. 381 (per la disabilità uditiva), o legge 27 maggio 1970 n. 382 (per la disabilità visiva);
- 5** Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13/14 del Reg. UE 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii (D.lgs. 101/2018). (Utente)

Data _____

Firma _____