**Al Comune di Loiri Porto san Paolo**

**Servizio Politiche Sociali**

**OGGETTO: Richiesta Servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica per alunni con svantaggio (a cura della Scuola). Anno Scolastico \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

Il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direzione Didattica o Istituto Comprensivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/loc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede**

l'attivazione del Servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica in favore dell'alunno:

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

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_,

C.F: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/loc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_

iscritto/a presso:

Scuola dell'infanzia classe sezione

Scuola primaria classe sezione

Scuola Secondaria di primo grado classe sezione

plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BREVE DESCRIZIONE DELLE MOTIVAZIONI CHE FANNO SCATURIRE LA RICHIESTA DI INTEREVENTO :**

**PUNTI DI FORZA DELL'ALUNNO ( rispetto al rapporto con i compagni e rispetto al contesto in generale)**

**PUNTI DI DEBOLEZZA DELL'ALUNNO (rispetto al rapporto con i compagni e rispetto al contesto in generale)**

|  |
| --- |
|  |

**A tal fine allega la seguente documentazione (obbligatoria):**

1. Certificazione specialistica resa da struttura Sanitaria pubblica o Convenzionata;
2. Copia del PDP (se non già precedentemente trasmesso) e relazione a cura del Consiglio di Classe;

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che:

* la richiesta, non accompagnata da idonea documentazione sanitaria, sarà valutata dal servizio sociale professionale per la verifica della sussistenza della condizione di svantaggio;
* il numero massimo di ore di servizio attribuibili sono n° 4 ( salvo casi eccezionali che vengono di volta in volta valutati dal servizio)

Firma del Dirigente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO DEL GENITORE**

**(In assenza del consenso da parte dell'esercente la responsabilità genitoriale, non si potrà procedere all'erogazione del servizio)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/loc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/tutore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_,

C.F: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

consapevole di quanto contenuto nell'Avviso Pubblico, della natura e delle modalità di erogazione del servizio AESS

**DICHIARA:**

* di accettare la richiesta di attivazione del Servizio in favore del proprio figlio;
* di autorizzare il Comune all’utilizzo dei dati personali ai fini del procedimento di erogazione del servizio, come previsto dalla normativa di riferimento in materia.

Loiri Porto San Paolo, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_