

Al Sindaco
Comune di Olbia

Servizio Assistenza Scolastica Disabili ai sensi della L. R. 23/2005

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ () in via _____

Tel _____ C.F. _____

CHIEDE PER

_____ cognome e nome _____
(relazione di parentela)

nato/a _____ il _____ residente _____ () Via _____

Scuola Statale frequentata:

- **MATERNA** plesso _____ Classe _____
- **ELEMENTARE** plesso _____ Classe _____
- **MEDIA** plesso _____ Classe _____

Specificare tipo di Assistenza

- **SPECIALISTICA**
- **TUTELARE**

Il Servizio di Assistenza Scolastica Disabili ai sensi della L. R. n° 23/2005.

Allega la seguente documentazione :

- Certificato medico rilasciato dai servizi specialistici della A.S.S.L.;
- Copia verbale di invalidità civile;
- Copia verbale di riconoscimento dell'handicap grave ai sensi della L. n° 104/92;
- altro _____

Inoltre dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

Olbia, li _____

Il/La Richiedente
