

**Oggetto: Richiesta Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica anno 2025/2026**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_ In qualità di  
genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_, nato/a a  
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, iscritto/a per l'anno scolastico 2025/2026  
presso:

Scuola dell'infanzia Plesso via \_\_\_\_\_

Scuola primaria Plesso via \_\_\_\_\_

Scuola secondaria 1° grado

Istituto Comprensivo \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che il/la proprio/a figlio/a possa fruire del servizio indicato in oggetto.

A tal fine il/la sottoscritto/a rende la seguente **dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445** consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (**art. 76 D.P.R. 445/2000**) dichiara quanto segue:

- Che il/la proprio/a figlio/a è riconosciuto/a ai sensi della L. 104/92:

- in situazione di disabilità grave (art. 3, comma 3)
- in situazione di disabilità non grave (art. 3, comma 1)
- certificazione definitiva
- certificazione con scadenza in data \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento U.E. GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- Di aver preso visione di tutte le disposizioni contenute nell'Avviso Pubblico e Informativa Privacy pubblicate sul sito istituzionale del Comune di Uta.

**Documentazione da allegare obbligatoriamente:**

- Copia verbale rilasciato dalla Commissione Medica attestante la condizione di disabilità ai sensi della L. 104/92
- Diagnosi Funzionale
- Modulo privacy

Data

Firma