
ASSISTENZA SCOLASTICA SPECIALISTICA PER ALUNNI CON DISABILITA' – A.S. 2026/2027

Il/la sottoscritt _____
Nat__a_____ il _____
Residente a _____ via _____
Tel _____ email _____
in qualità di _____
(genitore/affidatario/tutore)

CHIEDE

l'attivazione del Servizio di Assistenza Scolastica per Alunni Disabili (ai sensi della L.R. n. 1/2009, art. 3 comma 18) a favore di:

Nome/Cognome _____ (relazione di parentela) _____
Nat__a_____ il _____
Residente a _____ via _____
Scuola frequentata _____ Classe _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

- verbale L. 104/92 in corso di validità;
- diagnosi funzionale rilascia neuropsichiatria infantile;
- documento di identità del minore e dei genitori;
- eventuali decreti di affidamento del minore;
- ogni altra documentazione ritenuta necessaria ai fini del presente intervento.

Palau, _____

(genitore/affidatario/tutore)

(genitore/affidatario/tutore)

Consapevole che i dati sopra riportati verranno utilizzati e trattati in base all'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13-14 e succ. Reg. UE 679/2016 "Regolamento generale protezione dati", pubblicato sul sito www.palau.it.

Palau _____

Firma

Firma