

**OGGETTO: Richiesta Servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica per alunni con svantaggio (a cura della Scuola). Anno Scolastico 2020-2021**

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

\_\_\_\_\_