

**Amministrazione destinataria**

Città Metropolitana di Catania

Ufficio destinatario

Protocollo dell'ente

Domanda per il servizio di assistenza didattica integrativa per disabili sensoriali**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato
				Interno	Scala
				Piano	SNC
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'erogazione del servizio di assistenza didattica integrativa

Soggetto interessato

- ☐ per sé stesso
- ☐ per il proprio figlio

soggetto interessato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato
				Interno	Scala
				Piano	SNC
					CAP

Tipologia di disabilità

- ☐ persona con disabilità visiva
- ☐ persona con disabilità uditiva

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☐ di essere uno studente e che nell'anno scolastico/accademico di seguito specificato

Anno scolastico/accademico

è iscritto alla

Specificare

Classe/anno

Situata in

ed inoltre

- ☐ di essere disoccupato
- ☐ di prestare attività lavorativa

che il proprio figlio nell'anno scolastico di seguito specificato

Anno scolastico

è iscritto alla scuola

Scuola

Classe

Sede

DICHIARA INOLTRE

Dati assistente didattico scelto

- ☐ di non disporre dei dati anagrafici dell'assistente didattico
- ☐ di disporre dei seguenti dati dell'assistente didattico

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

- ☐ che non sussiste alcun grado di parentela tra l'assistente e l'assistito

DICHIARA INOLTRE

- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione della dichiarazione resa (cambio di residenza, scuola, centro di formazione professionale, università ecc...)
- ☐ di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali presente nella pagina informativa del servizio, nella sezione "Documenti"

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ autodichiarazione stato di povertà
(da allegare per gli universitari)
- ☐ verbale rilasciato dalla commissione medica provinciale attestante lo stato di persona con disabilità uditiva o visiva
- ☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Catania

Luogo

Data

il dichiarante