

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 _____

Telefono abitazione _____ Telefono cellulare _____

CHIEDE PER

_____ cognome e nome _____

(relazione di parentela)

nato/a _____ il _____ residente _____ ()

Via _____ Scuola Statale frequentata _____

Classe _____

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.L. ;
- verbale di invalidità civile;
- verbale di riconoscimento dell'handicap grave ai sensi della Legge 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, lì _____

Firma del/la richiedente
