AL MUNICIPIO ROMA IX

Servizio Sociale Settore Disabili

Via Ignazio Silone, 100

Roma

Oggetto: richiesta assistenza AEC anno scolastico 201 – 201

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………

Residente in Roma via ……………………………………………………………………………........

Tel…………………………………………………cellulare……………………………………………..

Genitore dell’alunno /a …………………………………………………………………………………

Iscritto per l’anno scolastico ........ – ........ alla classe ………………………………………………

della scuola ………………………………………………………………………………………………

Attualmente seguito dal Servizio della ASL ( o ente accreditato ) : ……………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

CHIEDE

Di usufruire a favore del proprio figlio/a del Servizio AEC per l’anno scolastico 2014 – 2015

Allega:

certificazione sanitaria redatta sull’apposito modulo prestampato

fotocopia verbale di riconoscimento handicap ai sensi della L. 104/92

fotocopia domanda di riconoscimento handicap ai sensi della L. 104/92

altro specificare ……………………………………………………………………………

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

*(barrare le caselle interessate)*

Roma……………………………………..

FIRMA…………………………………………