

SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA
COMUNE DI _____
DATI ALUNNO DISABILE

Cognome _____ Nome _____

Luogo e Data di nascita _____ Età _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Recapito telefonico _____

**A
CURA
DELL'
ASSIS
TENT
E
SOCI
ALE
DEL
COMU
NE**
COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

Cognome e Nome	Grado di parentela	Data di nascita

L'Assistente Sociale del Comune

Data _____

**AUTO
RIZZA
ZIONE
DEL
COMU
NE**

 Si **autorizza** l'erogazione del Servizio di Assistenza Educativa Scolastica

Il Responsabile dei Servizi alla Persona

Data _____

**ACCE
TTAZI
ONE
GENIT
ORE**

Il Sig./ra _____, in qualità di genitore dell'alunno disabile, **accetta** l'erogazione del Servizio di Assistenza Educativa Scolastica per il monte ore settimanale previsto e sceglie il seguente soggetto accreditato, inserito nell'Elenco dei soggetti accreditati per l'assistenza educativa scolastica dell'Ambito Territoriale di Romano di Lombardia:

- ACLI SERVIZI
- CITTA' DEL SOLE
- CODESS SOCIALE
- CUM SORTIS
- LA PERSONA
- NUOVO IMPEGNO

Data _____

Firma _____

**IMPEG
NO
DEL
SOGG
ETTO
EROG
ATOR
E
ACCR
EDITA
TO**

Il soggetto erogatore accreditato _____, scelto dal beneficiario, **dichiara di accettare l'incarico e si impegna** ad erogare le prestazioni relative al Servizio di Assistenza Educativa Scolastica a favore dell'alunno disabile, in base a quanto previsto dal Bando di Accreditamento dell'ASC Solidalia e a comunicare al Servizio Sociale Comunale ogni eventuale variazione

Il Coordinatore Soggetto Accreditato

Data _____
