



# Città di Seregno

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

## DOMANDA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI INCLUSIONE SCOLASTICA (TRASPORTO E ASSISTENZA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE PERSONALE) - A.S. 2023/2024

- PRIMA PRESENTAZIONE  RINNOVO CON VARIAZIONI  
 RINNOVO IN ASSENZA DI VARIAZIONI

DATI RICHIEDENTE (STUDENTE MAGGIORENNE/GENITORE/TUTORE LEGALE)	
Cognome _____	Nome _____
_____	
Codice Fiscale	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Residente a _____	in via/piazza _____ n. _____
E-mail _____	
recapito telefonico _____	
_____	
DATI ALLIEVO/A PER CUI SI RICHIEDE IL SERVIZIO	
Cognome _____	Nome _____
_____	
Codice Fiscale	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Luogo e data di nascita _____	
Residente nel <b>Comune di Seregno</b>	in via/piazza _____ n. _____
E-mail _____	
recapito telefonico _____	
<b>che frequenterà nell'A.S. 2023/2024</b> la classe _____ del corso _____	
_____	
_____	
presso l'Istituto Scolastico _____	
indirizzo _____	
telefono Istituto _____ E-mail _____	
_____	

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A RICHIEDE L'ATTIVAZIONE PER L'ANNO SCOLASTICO  
2023/2024 DEL/I SEGUENTE/I SERVIZIO/I:**

- a)  **INCLUSIONE SCOLASTICA** (Scuole Superiori di Secondo Grado Pubbliche e Paritarie), COME DA INDICAZIONE DELL'ISTITUTO SCOLASTICO;  
**N.B.** richiesta valutabile solo se nel documento "Diagnosi Funzionale" alla voce "Assistenza specialistica per l'autonomia personale" sono barrate le caselle "ASSISTENZA EDUCATIVA PER LE RELAZIONI SOCIALI E LA COMUNICAZIONE - A SCUOLA";

- b)  **SCELTA ENTE ACCREDITATO PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI INCLUSIONE SCOLASTICA MEDIANTE VOUCHER (vedi Albo allegato):**  
**Cooperativa** \_\_\_\_\_  
(inserita nell'Albo degli Enti Accreditati per l'erogazione dei voucher del Comune di Seregno, secondo il piano di utilizzo del voucher stesso con delega al Comune di Seregno a corrispondere, in mia vece, l'importo del voucher direttamente al soggetto accreditato da me incaricato);

- c)  **TRASPORTO CASA/SCUOLA E SCUOLA/CASA**, come segue:  
**N.B.** richiesta valutabile solo se nel documento "Diagnosi Funzionale" alla voce "SERVIZIO TRASPORTO" è barrata la relativa casella.

- AUTONOMAMENTE E CON PROPRI MEZZI**

**Distanza tratta casa-scuola (come da indicazione google maps)**  
**km** \_\_\_\_\_

dati per il successivo rimborso delle spese sostenute:

estremi                      conto                      corrente                      bancario                      (IBAN)

intestatario:              cognome              \_\_\_\_\_                      nome

codice                      fiscale                      \_\_\_\_\_                      Istituto

Bancario \_\_\_\_\_

- ORGANIZZATO DAL COMUNE DI RESIDENZA**, secondo le seguenti specifiche:
- Mezzo attrezzato (con elevatore per carrozzina)**
  - Mezzo non attrezzato**
  - Con accompagnatore sul mezzo**
  - Senza accompagnatore**
  - Presenza di barriere architettoniche al domicilio,**

quali \_\_\_\_\_

**SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI (solo nel caso di prima istanza o variazioni)**

- Copia dei documenti d'identità in corso di validità del richiedente e del destinatario del servizio;
- VERBALE DEL COLLEGIO DI ACCERTAMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ALUNNO DISABILE, AI SENSI DEL D.P.C.M. N. 185/2006;**
- DIAGNOSI FUNZIONALE** aggiornata al cambio di ciclo scolastico, nella quale sia esplicitata la necessità di assistenza;
- Modulo autorizzazione uso dati personali (privacy) sottoscritto e datato;**
- Altro** \_\_\_\_\_

**Si impegna infine a comunicare tempestivamente ai Servizi Sociali del Comune di Seregno eventuali variazioni che riguardano la situazione personale o familiare del beneficiario (ad es. cambio di residenza, di scuola, ricoveri con conseguente sospensione della frequenza scolastica etc.) ai fini di una efficace gestione della presente richiesta.**

Dichiara inoltre:

- di essere informato che i diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi hanno facoltà di controllare presso gli uffici preposti la veridicità delle dichiarazioni e/o di contattare le famiglie per acquisire informazioni;
- che i documenti allegati in fotocopia non sono stati revocati, sospesi o modificati;
- di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamati dall'art. 76 del D.P.R. 445/00;
- di richiedere l'uso dell'indirizzo di posta elettronica indicato per le comunicazioni da parte dei diversi enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DA INOLTRE ALL'ISTITUTO SCOLASTICO DI FREQUENZA ENTRO IL 16/06/2023**

**LETTA L'INFORMATIVA allegata relativa al trattamento dei dati personali per i servizi a supporto dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità per l'A.S. e formativo 2023/2024**

***IL/LA SOTTOSCRITTO/A ESPRIME IL CONSENSO AL TRATTAMENTO***

Nome e cognome per esteso \_\_\_\_\_

Qualifica (relazione di parentela) \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_