

**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 INOLTARE 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 _____