



**CITTA' DI BARLETTA**

Medaglia d'oro al Valor Militare e Merito Civile  
Città della Disfida



**SERVIZIO PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA E SOCIALE  
EXTRASCOLASTICA DEI DIVERSAMENTE ABILI  
ANNO SCOLASTICO 2022/2023**



**AL DIRIGENTE**

**SETTORE**

**SERVIZI SOCIALI  
COMUNE DI BARLETTA**

Il/La sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Che il proprio figlio/a**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

possa usufruire del *Servizio per l'Integrazione Scolastica e Sociale Extrascolastica dei diversamente abili - A.S. 2022/2023*

**Scuola che frequenterà il minore nell'anno scolastico 2022/2023**

**BARRARE A  
FIANCO IL  
RIQUADRO DI  
RIFERIMENTO**

SCUOLA DELL'INFANZIA <input type="checkbox"/>	SCUOLA PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO <input type="checkbox"/>
---	--	--

**Denominazione Scuola:** \_\_\_\_\_

**Plesso:** \_\_\_\_\_

**Classe (a.s. 2022/2023):** \_\_\_\_\_



## CITTA' DI BARLETTA

Medaglia d'oro al Valor Militare e Merito Civile  
Città della Disfida



- Conferma/dichiara i componenti il proprio nucleo familiare di seguito indicati:

Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita	Parentela
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

## DICHARA

- Di aver già usufruito del **Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale Extrascolastica dei diversamente abili**, nell'anno scolastico 2021/2022;
- Di non aver già usufruito del **Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale Extrascolastica dei diversamente abili** nell'anno scolastico 2021/2022;
- Di voler usufruire, in caso di assenza dell'alunno per un periodo superiore ad una settimana ed in presenza di un familiare di riferimento, delle ore di prestazione del Servizio anche presso il proprio domicilio;
- Di non voler usufruire, in caso di assenza dell'alunno per un periodo superiore ad una settimana, delle ore di prestazione del Servizio anche presso il proprio domicilio

## Alla presente allega:

- Copia conforme all'originale della Diagnosi redatta dai Servizi Sanitari della ASL/BT, ai sensi del Regolamento Regionale n. 6/2007 (diagnosi funzionale aggiornata e certificazione del Collegio per l'Individuazione dell'alunno in situazione di disabilità);
- Copia di un documento d'identità del richiedente, in corso di validità.

## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL NUOVO REGOLAMENTO UE 679/2016 (GDPR)

La informiamo che il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti è finalizzato a predisporre l'istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti d'accesso al servizio richiesto. Il conferimento dei dati è necessario ed indispensabile per l'istruttoria della pratica. I dati personali possono essere comunicati alla Guardia di Finanza e all'Autorità Giudiziaria.

Barletta, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_