

ALLEGATO 1

**ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE
BR3 DI FRANCAVILLA FONTANA**

Alla C.A. del Direttore
Dott. Gabriele Falco

**OGGETTO: RICHIESTA DI FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA
SPECIALISTICA PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA DI ALUNNI DIVERSAMENTE
ABILI. A.S. 2026-2027.**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

data e luogo di nascita _____ residente in _____

_____ alla via/piazza _____ n. _____ telefono fisso o
cellulare _____ mail _____

nella sua qualità di _____

dell'alunno/a di cui si indicano le seguenti generalità anagrafiche:

Cognome _____ Nome _____

data e luogo di nascita _____ Cittadinanza _____

residente in _____ alla via/piazza _____ n. _____

in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 comma _____ della L. 104/92 e frequentante
per l'anno scolastico 2026/2027:

ISTITUTO COMPRENSIVO _____

COMUNE DI _____

INFANZIA ☐

PRIMARIA ☐

SCUOLA SECONDARIA 1° ☐

DENOMINAZIONE PLESSO _____

CLASSE _____

TEMPO PIENO ☐

N. ore SOSTEGNO _____

CHIEDE

la fruizione del Servizio in favore del/della minore indicato/a.

A TAL FINE, DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. N° 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazione mendaci, che i dati anagrafici sopra riportati sono corrispondenti al vero.

Luogo e data

Firma

ALLEGA:

1. Certificazione aggiornata rilasciata dall'INPS ai sensi dell'art.3 della L. 104/92;
2. Diagnosi Funzionale del competente Servizio di Neuropsichiatria Infantile;
3. Documento di riconoscimento del richiedente e del/la minore in corso di validità;
4. Liberatoria (ALLEGATO 2).