COMUNE DI VIAGRANDE

Città Metropolitana di Catania
Area Politiche Sociali e Culturali

C.A.P. 95029
P.IVA e C.F 00651130874
Tel. 0957923120
servizi.sociali@comune.viagrande.ct.it
politichesociali@pec.comune.viagrande.ct.it

Al Servizio Sociale del
Comune di Viagrande

Il/La sottoscritto/a_____

Nato/a a _____ Il __ /__ / _____ Residente nel comune di_____

_____In Via/Piazza_____N°_____

Cell._____Email_____

In qualità di (genitore/tutore/ altro da specificare) _____

CHIEDE

Assistenza all'autonomia ed alla comunicazione per:

Cognome_____Nome_____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nato/a a _____ Il __ /__ / _____ Residente nel comune di_____

_____In Via/Piazza_____N°_____

Classe a.s. 2023/2024 _____ presso l'istituto scolastico_____

Con diagnosi disabilità: _____

_____

Si tratta di:

☐ Rinnovo annuale

☐ Prima instanza

Allega alla presente:
- P.E.I. (Piano Educativo Personalizzato) redatto dalla scuola;
- Diagnosi Funzionale;

se nuova richiesta:
- attestazione situazione di handicap (L.104 art.3 co.3)

La Sign./il Sig._____autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

FIRMA_____