

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. 2025-2026.

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____ data _____

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 2025/2026:**

CLASSE _____ TEMPO PIENO ☐ N. ore DOCENTE DI SOSTEGNO

_____ **INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐**

SCUOLA

COMUNE _____

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).**