

ALLEGATO 1



**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALATINA
PROVINCIA DI LECCE**

**All'AMBITO
TERRITORIALE SOCIALE
DI GALATINA**

Al Responsabile Ufficio di Piano

**OGGETTO: Richiesta di accesso al SERVIZIO DI SOSTEGNO SOCIO EDUCATIVO
SCOLASTICO PER SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI –
Anno Scolastico 2024-2025.**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Data e Luogo di nascita _____ residente in _____

via/piazza _____ n. _____ Telefono/Cellulare _____

mail _____ nella sua qualità di _____

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

Cognome _____ Nome _____

Data e Luogo di nascita _____ residente a _____

in via/piazza _____ n. _____

**in situazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92 e frequentante per l'anno
scolastico 2024/2025:**

Classe e Sezione _____

Istituto Comprensivo _____

Plesso _____

CHIEDE

la valutazione della presente richiesta per l'accesso al 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 comma 1 e 3 della L. 104/92;**
- 2) **Diagnosi Funzionale del competente Servizio di Neuropsichiatria Infantile;**
- 3) **Documento di identità del richiedente e del minore in corso di validità;**
- 4) **Dichiarazione per la tutela della privacy (ALLEGATO 2).**

ALLEGATO 2



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALATINA PROVINCIA DI LECCE

Informativa resa ai sensi degli artt. 13, 14 e 15, del Regolamento UE n. 679/2016.

Il trattamento è effettuato ai sensi dell'art. 38 e 39 Regolamento (UE) 2016/679:

1. i dati personali saranno trattati dal Comune di Galatina, Capofila dell'ATS di Galatina: **Servizio di sostegno socio educativo scolastico per soggetti diversamente abili**, sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione dell'ufficio.
2. parte dei dati forniti saranno comunicati ai responsabili o incaricati per l'attivazione del servizio richiesto; i dati forniti non saranno soggetti mai a comunicazione né a diffusione a terzi estranei al servizio.
3. i dati saranno trattati esclusivamente per il tempo necessario e per le finalità già indicate, **ovvero** fino alla fine dell'anno scolastico 2024/2025.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali e particolari e di prestare il consenso al trattamento.

Luogo e data

Firma

LIBERATORIA

Il/la sottoscritto/a autorizza la rilevazione, raccolta, registrazione e trattamento dei dati personali, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR n. 679/2016, forniti con la richiesta di accesso al Servizio.

Luogo e data

Firma
