



COMUNE DI BOLOTANA

Provincia di Nuoro
Ufficio Servizi Sociali

Da presentare entro e non oltre il 10/09/2026

AL COMUNE DI BOLOTANA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Domanda Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica. A.S. 2026/2027

Il/La sottoscritto/a (Madre)

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita _____

Stato di cittadinanza _____ Comune di nascita _____

Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____

residente in _____ Prov. NU Indirizzo _____

CAP _____ Telefono _____

Il/La sottoscritto/a (Padre)

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita _____

Stato di cittadinanza _____ Comune di nascita _____

Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____

residente in _____ Prov. NU Indirizzo _____

CAP _____ Telefono _____

CHIEDE/CHIEDONO

in qualità di:

- ☐ genitori;
- ☐ affidatario in caso di affidamento preadottivo;
- ☐ legale rappresentante del genitore, nel caso di genitore minorenni o incapace;
- ☐ tutore autorizzato dall'Autorità Giudiziaria ad incassare le somme in favore del minore.

del minore _____ nato a _____ il
_____ CF _____;



COMUNE DI BOLOTANA

Provincia di Nuoro
Ufficio Servizi Sociali

di poter usufruire del Servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica per il/la proprio/a figlio/a per l'anno scolastico 2026/2027;

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'articolo 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

DICHIARA/DICHIARANO

Che il/la proprio/a figlio/a

- È ISCRITTO PRESSO:

☐ Scuola dell'infanzia _____ classe _____ sezione _____

☐ Scuola primaria _____ classe _____ sezione _____

☐ Scuola Secondaria di primo grado _____ classe _____ sezione _____

Direzione Didattica o Istituto Comprensivo _____

- È PORTATORE DI HANDICAP AI SENSI DELLA L. 104/92 (barrare l'ipotesi che ricorre)

sì ☐ in situazione di gravità ex art.3 comma 3 Legge 104/92;

sì ☐ in situazione di non gravità ex art.3 comma 1 Legge 104/92;

N.B. Si allega (pena l'esclusione)

- copia documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Certificazione di riconoscimento dell'handicap ai sensi della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 rilasciato dalla Commissione medica;
- Diagnosi funzionale o certificazione dello specialista che ha in trattamento l'alunno/a ove sia specificata la necessità dell'intervento di assistenza all'autonomia e/o alla comunicazione ai sensi della L. 104/92;

FIRMA

Bolotana, _____

MADRE _____

PADRE _____



COMUNE DI BOLOTANA

Provincia di Nuoro

Ufficio Servizi Sociali

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati. I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, strumentali o connesse al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a _____

esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Firma per accettazione _____

Bolotana, li _____