



SOCIAL CITY

Azienda Speciale

SERVIZIO DI ASSISTENZA
E TRASPORTO ALUNNI CON DISABILITÀ

OGGETTO: RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA ALUNNI CON DISABILITÀ

A.S. 2026/2027

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in Via _____
C.F. _____ documento d'identità n. _____
rilasciato da _____ tel. _____

in qualità di genitore/tutore/esercente la responsabilità genitoriale sul minore possessore del

- ☐ Certificato L. 104/92 ai sensi dell'art. 3 comma 1
☐ Certificato L. 104/92 ai sensi dell'art. 3, comma 3

cognome _____ nome _____
nato/a a _____ il _____ che frequenterà nell'A.S.
_____ l'Istituto Comprensivo _____ plesso _____
_____ classe _____ Sezione _____

RICHIEDE

Assistenza all'Autonomia e alla Comunicazione

Assistenza educativa

Assistenza igienico – personale*

*(solo nel caso in cui la Scuola non ha disponibilità di personale A.T.A che può effettuare assistenza igienico-personale)

Si allega certificazione rilasciata dal Servizio di competenza solo nei casi ove questo sia previsto e/o dovuto secondo la vigente normativa e le relative linee guida.

Data _____ Firma _____