

**RICHIESTA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SPECIALISTICA PER GLI ALUNNI CON  
DISABILITA' ISCRITTI NELLE SCUOLE SUPERIORI DELLA CITTA' METROPOLITANA DI  
CAGLIARI  
ANNO SCOLASTICO 2018/2019**

(modulo da compilare da parte del genitore e restituire al Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. abit. \_\_\_\_\_ tel. cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ iscritto/a per l'a.s. 2018/2019  
al \_\_\_\_\_ anno sez. \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_ indirizzo di studio \_\_\_\_\_  
sede di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per l'alunno/a sopra indicato l'attivazione del servizio di assistenza educativa specialistica ai sensi della L.104/92 art.13 comma 3.

**ALLEGA**

1. Certificazione rilasciata dal competente Servizio dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), ai sensi della L. 104/92, attestante la natura e il grado di disabilità (copia leggibile);
2. Diagnosi funzionale - aggiornata al passaggio di ciclo scolastico - con richiesta motivata di assistenza educativa specialistica. Per gli studenti già frequentanti le scuole superiori è preferibile allegare anche un aggiornamento biennale della richiesta del servizio a cura del medico specialista;
3. Fotocopia del documento d'identità del sottoscrittore.

*N.B. Per gli studenti delle scuole superiori che già usufruiscono del servizio i documenti di cui ai punti 1 e 2 sono da allegare solamente nel caso in cui quelli precedentemente consegnati non siano più in corso di validità.*

Ufficio Orientamento e Supporto Pedagogico tel. 070 4092023/48

Istruttore Direttivo Psicologo Dott.ssa Luisa Sanna tel. 070 4092052 Luisa.Sanna@cittametropolitanacagliari.gov.it  
sociale\_istruzione@pec.provincia.cagliari.it

## DICHIARA

– Di avere preso visione del regolamento relativo al servizio di assistenza educativa specialistica per gli alunni con disabilità frequentanti gli istituti superiori della Città Metropolitana di Cagliari;

– Che il proprio figlio:

ha già usufruito del servizio di assistenza educativa specialistica con l'educatore

\_\_\_\_\_ presso la scuola \_\_\_\_\_  
nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ ;

è in trattamento presso il Centro \_\_\_\_\_, che il medico di riferimento è il dott. \_\_\_\_\_, rintracciabile ai seguenti recapiti:

indirizzo \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Eventuali comunicazioni utili:

---

---

---

---

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196 e **ss.mm.ii.**

Firma

\_\_\_\_\_