

Alla Dirigente Scolastica dell'Istituto  
Comprensivo "Giovanni Verga"  
Prof.ssa Cinthia D'Anna  
Via Cialdini n. 122

RIPOSTO

p.c.

Al Sindaco del Comune di

RIPOSTO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via/Piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel.Cell. \_\_\_\_\_  
Genitore di \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

---

CHIEDE

Il servizio di Assistenza Igienico Personale , per l'anno scolastico \_\_\_\_\_  
a favore del proprio figlio \_\_\_\_\_  
Iscritto alla classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_.

Allega alla presente:

- Certificazione L. 104/2000 art. 3 c. 3 ;
- Copia della Diagnosi Funzionale da cui risulta che il soggetto necessita dell' Assistente Igienico Personale o Idonea documentazione dell'ASL attestante che il soggetto necessita dell'Assistente Igienico personale;
- Fotocopia del Documento di riconoscimento.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici e telematici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_