

AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI  
ACI CASTELLO

\_\_\_\_ l \_\_\_\_\_ Sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

madre/padre di \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

avente diritto all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione in favore di alunni con disabilità frequentanti le scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado.

Iscritta e frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'istituto scolastico \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'autorizzazione ad anticipare le somme necessarie alla copertura finanziaria del servizio su indicato in favore della figlia/o in ambito scolastico.

Allega alla presente i seguenti documenti:

1. Verbale di individuazione dell'alunno in situazione di disabilità;
2. Diagnosi funzionale e/o piano educativo attestante la necessità di assistente all'autonomia e alla comunicazione;

Atti già presenti in Ufficio

Il/La sottoscritto/a, inoltre **dichiara**:

- di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (ss.mm.ii), che i dati personali, acquisiti con la presente istanza potranno essere trattati, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento conseguente alla presente istanza.

Aci Castello \_\_\_\_\_

Con Osservanza \_\_\_\_\_