



Istituto Comprensivo di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria I Grado
"Leonardo DA VINCI" - Autonomia 158 –
Via Nazionale, snc 84060 Omignano Scalo (SA) – Telef./ Fax 0974/64009
e-mail SAIC866002@istruzione.it www.icomignano.edu.it C.F. 90009630659

**Ai Signori GENITORI
degli Alunni con DISABILITÀ
Scuola PRIMARIA e SECONDARIA I Grado
Loro SEDI**

Alle Scuole Primarie e Secondarie I Grado

**Agli ATTI
All'ALBO
Al sito WEB**

Oggetto: - Servizio "Integrazione scolastica degli alunni con disabilità"
a.s.2021/2022.

Il Segretariato Sociale del Piano di Zona S/8 di Vallo della Lucania (SA), con nota acquisita al prot. n. 2051 del 09/09/2021, in riferimento all'oggetto intende invitare le famiglie e/o i tutori degli alunni con disabilità a fare richiesta di tale servizio. Pertanto, la segreteria dell'Istituto raccoglierà le istanze e le trasmetterà al Segretariato Sociale.

Alla presente comunicazione si allegano i moduli:

1. Richiesta Genitori/Tutori;
2. Scelta Cooperativa Sociale.

Confidando nella consueta collaborazione, si porgono cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Loreta NICOLETTI



Piano di Zona S/8
Comuna Capofila Vallo della Lucania

Servizio Integrazione scolastica

AGGIORNATO 11 novembre 2019

Alla cortese attenzione del Coordinatore

Ufficio di Piano Ambito S/8

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Genitore dell'alunno:
(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ Via / P.zza _____ n.° _____

Frequentante l'Istituto _____
di _____

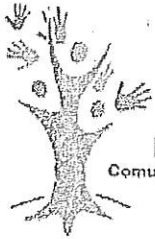
Dichiara di scegliere per la realizzazione del Servizio
"Integrazione scolastica degli alunni con disabilità",
anno scolastico 2021/2022, la Cooperativa Sociale:

<input type="checkbox"/> Coop. Soc. AL SERVIZIO DELLA CITTA' via Garibaldi - Vallo della Lucania	<input type="checkbox"/> Coop. Soc. CILENTO SERVICE 2000 via S. Passero - Vallo della Lucania
<input type="checkbox"/> Coop. Soc. KASTROM via del Vecchio - Agropoli	<input type="checkbox"/> Coop. Soc. PROGETTO PIANETA GELBISON via Coccèlli, - Novi Vella
<input type="checkbox"/> Coop. Soc. VENERE via Quintino Sella- Agropoli	<input type="checkbox"/> Coop. Soc. YOBEL via Passarelli - Vallo della Lucania
<input type="checkbox"/> Coop. Soc. MARE LUNA via F. Cammarota - Vallo della Lucania	<input type="checkbox"/> Coop. Soc. ARCOBALENO via Canonico De Luca - Celle di B.
<input type="checkbox"/> Coop. Soc. E.CO.Nir via Costa Carrara - Torre Orsaja	<input type="checkbox"/> Coop. Soc. CILENTO SOLIDALE piazza 19 Agosto - Novi Vella
<input type="checkbox"/> Coop. Soc. PROGETTO 2000 via Leonardo da Vinci - Pontecagnano F.	<input type="checkbox"/> Coop. Soc. CENTRO SIPSJ via del Centenario - Battipaglia
<input type="checkbox"/> Coop. Soc. INSIEME via Fontanella - Cannalunga	<input type="checkbox"/> Consorzio di Coop ATHENA Via Acqua delle noci - Monteforte Irpino
<input type="checkbox"/> Coop. Soc. LA MERIDIANA via Del Longobardi - Benevento	<input type="checkbox"/> Coop. Soc. ROFRANO LAVORO Via P. Cortazzo - Rofrano
<input type="checkbox"/> Coop. Soc. LA MIMOSA Piazza Marconi - Laurito	<input type="checkbox"/>

data ____/____/____ IL DICHIARANTE _____

Autorizza il trattamento dei dati, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Europeo n.679/2016 e dal Decreto Legislativo n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.l. Allega fotocopia documento identità in corso di validità.

data ____/____/____ LA PSICOLOGA DR.SSA _____



Piano di Zona S/8
Comune Capofila Vallo della Lucania

ALLEGA/ALLEGANO

- Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi della legge 104/92

Infine dichiara/dichiarano di aver preso visione dell'informativa riportata di seguito e di esprimere il loro consenso al trattamento dei dati e di allegare pertanto un documento di riconoscimento in corso di validità.

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI (D.Lgs. 30.6.2003, n. 196)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196, ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- Il trattamento è indispensabile ai fini dell'attivazione del servizio di cui in intestazione;
- I dati personali saranno conservati negli archivi dell'Ente Locale in forma cartacea, elettronica e nelle altre modalità ritenute idonee per gli scopi perseguiti;
- I dati anagrafici potranno essere comunicati, nei casi e nei modi previsti dal Regolamento Europeo n.679/2016 e dal D.Lgs. 196/2003, per quanto di competenza, ad altri enti che collaborano alla gestione del servizio;
- I dati forniti verranno utilizzati esclusivamente per le finalità di interesse pubblico inerenti le attività svolte dall'ente locale e quindi nel dettaglio, ma non esaustivamente, nella gestione delle pratiche amministrative e normative legate al servizio di assistenza scolastica;
- I diritti dell'interessato in relazione ai dati personali raccolti sono quelli di cui al Regolamento Europeo n.679/2016 ed all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati, di conoscerne il contenuto, l'origine, di verificarne l'esattezza e/o chiederne l'integrazione e/o l'aggiornamento, oppure la rettificazione, la cancellazione, di chiederne il blocco ed opporsi al trattamento dei dati personali, se utilizzati in violazione di legge;
- Il trattamento è svolto da personale dell'Ente attuatore del Servizio, che è titolare del trattamento dei dati;
- I dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (D.Lgs. 30 luglio 1999, n. 281).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI (D.Lgs. 30.6.2003, n. 196)

I sottoscritti _____ e _____
in qualità di soggetti aventi patria potestà/tutore legale del minore

dichiarano/dichiara di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali ed espressamente acconsentono al trattamento dei dati personali, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Europeo n.679/2016 e dal Decreto Legislativo n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i., del proprio figlio/a nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all'espletamento del Servizio di Assistenza Scolastica.

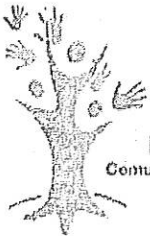
Luogo e data

Firma (padre/tutore)

Firma (madre/tutrice)

Ufficio del Segretariato Sociale - p.zza Vittorio Emanuele n.26 - Vallo della Lucania (SA)

Tel. 0974 714226-267-266 - Fax 0974 714256 - e-mail: pianosociale@zonavallo@legalmail.it



Piano di Zona S/8
Comune Capofila Vallo della Lucania

DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA'

MODULO RICHIESTA GENITORI/TUTORI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/___

e residente _____ (padre/tutore¹ del minore) Telefono _____

e la sottoscritta _____ nata a _____ il ___/___/___

e residente _____ (madre/tutrice² del minore) Telefono _____

in qualità di esercente/i la potestà genitoriale

CHIEDE/CHIEDONO

che il minore _____ nato/a a _____ il ___/___/___

e residente in _____, alla via _____

Iscritto/a per l'anno scolastico 2021-2022 presso la:

- Scuola dell'infanzia: classe _____ sezione _____
- Scuola Primaria: classe _____ sezione _____
- Scuola Secondaria di I - II grado: classe _____ sezione _____

dell'Istituto _____ plesso _____

possa beneficiare del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per l'a.s. 2021/22.

Altresì ai fini della predisposizione del progetto educativo:

DICHIARA/DICHIARANO (barrare le voci utili)

che il/la minore:

- è in possesso del Certificato L. 104/92;
- ha già usufruito del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica;
- non ha mai usufruito del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica;
- usufruisce di un Piano Educativo Individualizzato - PEI;
- necessita di assistenza farmacologica nell'orario scolastico.