

**Amministrazione destinataria**



**Ufficio destinatario**

**Domanda di iscrizione o rinnovo al Servizio Educativo Scolastico (SES) anno 2025/2026**

**Gestione integrata, servizi sociali ed educativi Comuni di Sinnai, Maracalagonis, Burcei, Consorzio Progetto Sociale, Cooperativa sociale KER**

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

**Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

**CHIEDE**

di poter usufruire del Servizio Educativo Scolastico

- per la nuova iscrizione
- per il rinnovo

**Per l'anno scolastico**

**per il minore**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP

**Iscritto per l'anno scolastico presso la Direzione didattica o Istituto comprensivo**

- Sinnai plesso 1 o 2
- Maracalagonis, Via Garibaldi
- Maracalagonis, Via Colombo
- Maracalagonis, Via d'Annunzio
- Burcei, Via del Progresso
- Burcei, Via dei Serpeddi
- altri istituti scolastici frequentati e che non fanno capo ai tre Comuni

Nome istituto	Comune di frequenza

**E che frequenterà**

- | E che frequenterà                                      | Classe | Sezione |
|--|--------|---------|
| <input type="radio"/> scuola dell'infanzia             |        |         |
| <input type="radio"/> scuola primaria                  |        |         |
| <input type="radio"/> scuola secondaria di primo grado |        |         |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA****Insegnante di sostegno**

- che il minore usufruirà dell'insegnante di sostegno
- che il minore ha usufruito dell'insegnante di sostegno nel precedente anno scolastico
- che il minore non usufruirà dell'insegnante di sostegno

**Condizione di disabilità**

- che il minore è persona con disabilità ai sensi della Legge 104/92 art. 3, comma 1 *(non in situazione di gravità)*
  - nessuna revisione
  - la documentazione attestante la condizione di disabilità è già stata consegnata nei precedenti anni scolastici
 

Data fine validità
  - essendo una prima attivazione (nuova domanda si allega la certificazione)
 

Data fine validità
- che il minore è persona con disabilità ai sensi della Legge 104/92 art.3 comma 3 *(in situazione di gravità)*
  - nessuna revisione
  - la documentazione attestante la condizione di disabilità è già stata consegnata nei precedenti anni scolastici
 

Data fine validità
  - essendo una prima attivazione (nuova domanda si allega la certificazione)
 

Data fine validità
- che il minore non è persona con disabilità ai sensi della Legge 104/92

**Diagnosi Funzionale**

- cambio ciclo scolastico (es: passaggio da scuola dell'infanzia a primaria) per le domande di rinnovo
 

Data di rilascio
- nuova istanza (prima attivazione)
 

Data di rilascio
- nessun cambio di ciclo scolastico (per le domande di rinnovo); la Diagnosi Funzionale è agli atti del servizio sociale professionale
 

Data di rilascio

### DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico, delle modalità di accesso e di erogazione del servizio contenuto nel procedimento amministrativo del Servizio Educativo Scolastico e di accettarne il contenuto
- di autorizzare i Comuni e la Fondazione Polisolidale ONLUS all'utilizzo dei propri dati, come previsto nell'informativa sotto specificata
- di prendere atto che le comunicazioni inerenti il presente procedimento avverranno attraverso il numero di cellulare e l'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- verbale della commissione medica attestante la condizione di disabilità ai sensi dell'ex art. 3 Legge 104/92  
*(nei casi di cambio di ciclo scolastico o revisione della 104/92 sarà necessario allegare le nuove certificazioni richieste)*
- diagnosi funzionale redatta su modello predisposto, compilata in tutte le sue parti, resa da struttura Sanitaria Pubblica o Privata Convenzionata (\*)
- documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

*(\*) Si precisa che certificazioni generiche rese da strutture private non convenzionate non potranno essere ammesse a titolo di documentazione sostitutiva della Diagnosi Funzionale. Altre certificazioni specialistiche saranno comunque assunte a corredo della domanda*

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

il dichiarante