

	Amministrazione destinataria
	Ufficio destinatario

**Domanda di iscrizione o rinnovo al Servizio Educativo Scolastico (SES)**  
**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	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					

**CHIEDE**

di poter usufruire del Servizio Educativo Scolastico

<input type="radio"/>	per la nuova iscrizione
<input type="radio"/>	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	Scala	Interno	SNC	CAP
Iscritto per l'anno scolastico presso la Direzione didattica o Istituto comprensivo											
<input type="radio"/>	Sinnai 1										
<input type="radio"/>	Sinnai 2										
<input type="radio"/>	Maracalagonis, Via Garibaldi										
<input type="radio"/>	Maracalagonis, Via Colombo										
<input type="radio"/>	Maracalagonis, Via d'Annunzio										
<input type="radio"/>	Burcei, Via del Progresso										
<input type="radio"/>	Burcei, Via dei Serpeddi										
<input type="radio"/>	altri istituti scolastici frequentati e che non fanno capo ai tre Comuni										
Nome istituto					Comune di frequenza						
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	
<input type="checkbox"/>	che il minore usufruirà dell'insegnante di sostegno
<input type="checkbox"/>	che il minore ha usufruito dell'insegnante di sostegno nel precedente anno scolastico
<input type="checkbox"/>	che il minore non usufruirà dell'insegnante di sostegno
Condizione di disabilità	
<input type="radio"/>	che il minore è portatore di handicap ai sensi della Legge 104/92 art. 3, comma 1 <i>(non in situazione di gravità)</i>
<input type="radio"/>	nessuna revisione
<input type="radio"/>	la documentazione attestante la condizione di handicap è già stata consegnata nei precedenti anni scolastici
	Data fine validità
<input type="radio"/>	essendo una prima attivazione (nuova domanda si allega la certificazione)
	Data fine validità
<input type="radio"/>	che il minore è portatore di handicap ai sensi della Legge 104/92 art.3 comma 3 <i>(in situazione di gravità)</i>
<input type="radio"/>	nessuna revisione
<input type="radio"/>	la documentazione attestante la condizione di handicap è già stata consegnata nei precedenti anni scolastici
	Data fine validità
<input type="radio"/>	essendo una prima attivazione (nuova domanda si allega la certificazione)
	Data fine validità
<input type="radio"/>	che il minore non è portatore di handicap ai sensi della Legge 104/92
Diagnosi Funzionale	
<input type="radio"/>	cambio ciclo scolastico (es: passaggio da scuola dell'infanzia a primaria) per le domande di rinnovo
	Data di rilascio
<input type="radio"/>	nuova istanza (prima attivazione)
	Data di rilascio
<input type="radio"/>	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

### Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	verbale della commissione medica attestante lo stato di handicap ai sensi dell'ex art. 3 Legge 104/92 <i>(nei casi di cambio di ciclo scolastico o revisione della 104/92 sarà necessario allegare le nuove certificazioni richieste)</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	diagnosi funzionale redatta su modello predisposto, compilata in tutte le sue parti, resa da struttura Sanitaria Pubblica o Privata Convenzionata (*)
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

*(\*) 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)*

<input type="checkbox"/>	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.
--------------------------	--

<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>