



AL COMUNE DI ALBANO LAZIALE
SETTORE III SERVIZIO II - SERVIZI SOCIALI

**MODULO DI RICHIESTA ASSISTENZA EDUCATIVA CULTURALE (AEC)
PER GLI ALUNNI DISABILI RESIDENTI NEL COMUNE DI ALBANO LAZIALE**

ANNO SCOLASTICO 2018/2019

Il/la sottoscritto/a _____

Telefono _____ Cellulare _____

email: _____

genitore (o chi ne fa le veci) del/della minore _____

nato/a _____ il _____

residente ad Albano Laziale via/piazza _____ n. _____.

CHIEDE

Per l'Anno Scolastico 2018 – 2019, ai sensi della circolare n. 3390 del Ministero dell'Istruzione del 30.11.2001 e s.m.i.,

per il minore _____

Iscritto/a presso la Scuola/Istituto:

di _____ Plesso di via _____

Comune di _____ Provincia (___)

classe _____ sez. _____ n. telefono della scuola _____

Per un totale di ore settimanali di frequenza a scuola: _____

Indicare con una crocetta se trattasi di:

scuola pubblica

- scuola privata
- scuola parificata

A tal fine, altresì

DICHIARA

- Che ha usufruito, nello scorso anno scolastico (2017/2018), del servizio AEC per n. _____ ore settimanali;
- Che ha usufruito, per l'anno scolastico passato (2017-2018), dell'insegnante di sostegno per n. _____ ore settimanali;
- Che per l'anno scolastico 2018/2019:
 - usufruirà dell'insegnante di sostegno per n. _____ ore settimanali;
 - non usufruirà dell'insegnante di sostegno
 - ha fatto richiesta per l'insegnante di sostegno ed è in attesa di risposta;

NB.: La richiesta di attivazione del Servizio AEC è valevole solamente per gli alunni residenti nel Comune di Albano Laziale e frequentanti le **scuole dall'asilo nido fino alla scuola secondaria di primo grado (III media)**.

Per l'attivazione del Servizio AEC nelle scuole secondarie di secondo grado (superiori), la richiesta va inoltrata direttamente allo stesso Istituto Scolastico.

Per l'attivazione del servizio AEC erogato in comuni diversi da Albano Laziale e da Organismi diversi dalla ASP Albaservizi, il genitore è a conoscenza che ai sensi della Deliberazione di Giunta Comunale n. 58 del 26/03/2018 "Determinazione soglie I.S.E.E. per l'accesso alle prestazioni dei Servizi Sociali" è possibile una compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza.

Alla presente domanda dovrà essere allegata, in busta chiusa, la certificazione sanitaria con specifica richiesta del Servizio AEC e il verbale di riconoscimento handicap ai sensi della Legge 104/92.

GIORNI ED ORARI DELLA TERAPIA IN ORARIO SCOLASTICO (Se conosciuti)

Giorni della settimana	Indicare nella riga corrispondente gli orari
lunedì	
martedì	
mercoledì	
giovedì	
venerdì	
sabato	

CERTIFICAZIONI DA ALLEGARE IN BUSTA CHIUSA:

– Certificazione medica attestante la diagnosi del minore per la quale viene richiesta l'Assistenza Specialistica rilasciata dal Dott. _____
 Del Servizio _____ di _____

E

– fotocopia del verbale di riconoscimento handicap ai sensi della L. 104/92

LE DOMANDE COMPILATE DOVRANNO ESSERE PRESENTATE ENTRO IL 15/06 PRESSO L'UFFICIO PROTOCOLLO DEL COMUNE DI ALBANO L. - PIAZZA DELLA COSTITUENTE N. 1, O PRESSO I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI ALBANO LAZIALE VIA SAN FRANCESCO,10

ORARI DI APERTURA:

LUNEDÌ – GIOVEDÌ dalle ore 15.30 alle 17.30

MARTEDÌ – MERCOLEDÌ – VENERDÌ dalle ore 8.30 alle ore 11.00

Per ulteriori informazioni rivolgersi ai Servizi Sociali 0693295424 – 428 - 422.

e-mail: servizisociali@comune.albanolaziale.rm.it

I moduli di valutazione del servizio AEC o di eventuale reclamo sono disponibili c/o i Servizi Sociali Via. S. Francesco n. 10 Albano Laziale (RM)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI DA RENDERSI ALL'INTERESSATO AI SENSI DELL'ART. 13 D.lgs. 30/06/2003 n. 196

La informiamo che i dati personali e sensibili da lei forniti e quelli che eventualmente fornirà anche successivamente formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Per trattamento si intende la raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distribuzione dei dati personali, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

Tali dati verranno trattati esclusivamente per finalità connesse e strumentali esclusivamente all'attività del servizio di assistenza educativa culturale utilizzando strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

La informiamo, inoltre, che i suoi dati potranno essere trattati anche da Enti pubblici, società, strutture, Associazioni ecc. coinvolti nelle attività.

Il sottoscritto _____ genitore/ o chi ne fa le veci di _____

Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e la trasmissione degli stessi alla Società che eroga il servizio per quanto attiene i compiti istituzionali e professionali.

Firma leggibile del genitore o di chi ne fa le veci
