



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 2016/2017**

Il sottoscritto/a genitore o chi ne fa le veci (specificare) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
residente in Albano L. Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
domicilio in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Recapiti telefonici:**

abitazione \_\_\_\_\_ ufficio \_\_\_\_\_  
cellulari \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**NB.:** La richiesta di attivazione del Servizio AEC è valevole solamente per gli alunni residenti nel Comune di Albano Laziale e frequentanti la scuola materna fino alla scuola media inferiore (III media).

Per l'attivazione del Servizio AEC per gli alunni frequentanti le scuole medie superiori, il genitore o chi ne fa le veci deve fare richiesta direttamente allo stesso istituto scolastico.

**Per l'attivazione del servizio AEC erogato da Enti diversi dalla Albaservizi e fuori dal territorio comunale il genitore è a conoscenza che ai sensi della Deliberazione di Giunta Comunale n. 220 del 30/12/2015 “ Approvazione soglie I.S.E.E. per le prestazioni sociali agevolate” è prevista una compartecipazione da parte dell'utenza della parte eccedente la quota fissata per il servizio comunale (€ 19,50) erogato dalla ASP Albaservizi di Albano Laziale.**

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

## CHIEDE

Per l'Anno Scolastico 2016 – 2017, ai sensi della circolare n. 3390 del Ministero dell'Istruzione del 30.11.2001 e s.m.i.,

per il minore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente in Albano L. in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Iscritto/a presso la Scuola/Istituto:

di \_\_\_\_\_ sito in via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_\_)

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ n. telefono della scuola \_\_\_\_\_

Per un totale di ore settimanali: \_\_\_\_\_

Indicare con una crocetta se trattasi di:

scuola pubblica

scuola privata

scuola parificata

A tal fine, altresì

## DICHIARA

Che ha usufruito, per l'anno scolastico passato (2015/2016) dell'AEC per n. ore \_\_\_\_\_

Di aver fatto richiesta per l'insegnante di sostegno;

Che usufruirà (*se già se ne è a conoscenza*) dell'insegnante di sostegno per n. ore settimanali \_\_\_\_\_

Che non usufruirà dell'insegnante di sostegno

Che ha usufruito, per l'anno scolastico passato (2015-2016), dell'insegnante di sostegno per ore settimanali n. \_\_\_\_\_

**GIORNI ED ORARI DELLA TERAPIA CHE COINCIDONO CON L'ORARIO SCOLASTICO (**  
Se già conosciuti dalla famiglia)

<b>Giorni della settimana</b>	<b>Indicare nella riga corrispondente gli orari</b>
lunedì	
martedì	
mercoledì	
giovedì	
venerdì	
sabato	

**EVENTUALI NOTE RITENUTE UTILI PER IL SERVIZIO RICHIESTO A CURA DEL RICHIEDENTE**

---

---

---

\_\_\_\_\_

Firma leggibile del genitore o di chi ne fa le veci

## CERTIFICAZIONI DA ALLEGARE IN BUSTA CHIUSA:

### CONSEGNARE AL COMUNE:

Certificazione medica attestante la diagnosi del minore per la quale viene richiesta l'Assistenza Specialistica rilasciata dal Dott. \_\_\_\_\_  
Del Servizio/Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

E

fotocopia del verbale di riconoscimento handicap ai sensi della L. 104/92 ( qualora il minore abbia il riconoscimento dell'handicap)

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile del genitore o di chi ne fa le veci

### **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

**LE DOMANDE COMPILATE DOVRANNO ESSERE PRESENTATE ENTRO IL 13/06/2016 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,12**

#### **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 0693019540.**

**e-mail: [servizisociali@comune.albanolaziale.rm.it](mailto: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. 12 Albano Laziale (RM)**