

<b>Si richiede l'attivazione del servizio di Assistenza Educativa Scolastica in favore di (dati del minore)</b>		
Nome e Cognome		
Codice Fiscale		
che andrà a frequentare la classe		
nel plesso		
dell'Istituto		
<b>La/Il docente e/o funzione strumentale designata/o è</b>		
<b>L'orario di frequenza scolastica (a.s. 24/25) settimanale è pari ad ore</b>		
<b>Il numero di ore settimanali di Assistenza richieste è pari a</b>	*	*(½ ora di programmazione inclusa)
<b>L'intervento del docente di sostegno ministeriale è</b>	<input type="checkbox"/> già attivo <input type="checkbox"/> da attivare	
<b>Indicare il numero di ore settimanali del docente di sostegno già attive o richieste:</b>		
<b>Il minore è residente presso il Comune di Cantù?</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>Sono in corso le pratiche per il cambio di residenza?</b>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, da altro Comune (specificare quale _____) al Comune di Cantù <input type="checkbox"/> Sì, dal Comune di Cantù ad altro Comune (specificare quale _____)		
<b>La responsabilità genitoriale è esercitata da:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Genitore</b>	Nome e cognome	
<input type="checkbox"/> <b>Genitore</b>	Nome e cognome	
<input type="checkbox"/> <b>Tutore</b>	Nome e cognome	
<b>Le comunicazioni possono pervenire telefonicamente e via email ai seguenti contatti</b>		
<b>Tel.</b>		
<b>Email *</b>		* <i>si prega di compilare anche questo campo</i>
<b>Diagnosi</b>		
<b>Eventuali interventi terapeutici in atto</b> (giorno, ora, nr. accessi settimanali c/o struttura)		
<b>Note</b>		

Data:

**Il Dirigente scolastico**

**N.B.** solo per la prima attivazione (o in caso di rinnovo della documentazione) è necessario allegare al presente modulo una copia dei seguenti documenti: Diagnosi Funzionale e Verbale del Collegio di accertamento.

## SECONDA PARTE DEL MODULO DA COMPILARE A CURA DEL GENITORE/TUTORE:

La/Il sottoscritto/a .....  
in qualità di genitore/tutore di .....  
è consapevole che i dati comunicati sono trattati ai sensi dell'articolo 6 commi 1.c e 1.e del Regolamento 679/2016/UE per lo svolgimento di funzioni istituzionali e per esercitare un compito di interesse pubblico connesso all'esercizio di pubblici poteri,

### DICHIARA:

- di aver preso visione dell'Informativa relativa al trattamento dei dati dell'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Cantù, di cui è possibile chiedere una copia alla segreteria scolastica oppure scrivendo a [servizi.sociali@comune.cantu.co.it](mailto:servizi.sociali@comune.cantu.co.it).
- che, al fine di evitare ritardi nell'avvio o sospensioni del servizio, **provvederà a comunicare tempestivamente eventuali cambi di residenza**, consapevole che il servizio per il quale si fa richiesta è in capo al Comune in cui si risiede (cfr. l. 104/92 art. 12; D.P.R. 616/1977 artt. 1 e 42; D.lgs. 112/1998 art. 139) e che in caso di trasferimento il servizio garantito dal Comune di Cantù dovrà essere sospeso ed attivato dal proprio Comune di residenza.
- che il contatto email comunicato è presidiato e visionato periodicamente e di essere consapevole che verrà utilizzato per l'invio di comunicazioni relative al servizio da parte del Comune di Cantù.

### DICHIARA INOLTRE (scegliere):

- che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del codice civile, l'altro genitore non può firmare la presente domadna perché assente per lontananza/impedimento e condivide la decisione di inoltrare la richiesta di attivazione del servizio di assistenza educativa scolastica.*
- di avere l'affido esclusivo della/del minore per il quale esercita da sola/o la responsabilità genitoriale.*

Data:

Firma del genitore/tutore

---