

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**dell'IC Poggiali Spizzichino**  
**Roma**

**OGGETTO: SOSTEGNO – AEC – AC – BES**

\_\_ I\_ sottoscritt \_\_

in qualità di genitore / affidatario / tutore dell'alunn \_\_

(cognome)	(nome)

nat\_\_ a  il 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a  Prov. 

--	--

Via  n. 

--	--

  
 Piazza

Tel.  iscritto per l'a.s.  /  alla classe

<input type="checkbox"/> <b>Infanzia</b>	<input type="checkbox"/> <b>Primaria</b>	<input type="checkbox"/> <b>Secondaria di I grado</b>	
(ordine di scuola)			(plesso)

- Dichiaro, come da documentazione già agli atti della scuola/allegata, che il citato allievo è stato riconosciuto:
  - ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 1
  - ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3
  - destinatario di “*Relazione per la facilitazione del successo formativo e la realizzazione del diritto allo studio*”
- Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che, per poter beneficiare di quanto previsto dalla vigente normativa, la documentazione di cui sopra deve essere in corso di validità ed essere ratificata dalla ASL di appartenenza

**CHIEDE PER L'A.S. 20** \_\_\_\_/\_\_\_\_

- SI**  **NO** **SOSTEGNO**  
 Che il /la proprio/ia figlio/a possa avvalersi del sostegno, dichiarano quindi, che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella certificazione apposita esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (L. 31/12/1996, 675 “tutela della privacy” art. 27).
- SI**  **NO** **AEC**  
 che il/la proprio/ia figlio/a possa avvalersi dell'ausilio di un assistente AEC.  
 Si allega la certificazione medica attestante il tipo di disabilità con relativi codici.
- SI**  **NO** **ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE**  
 Che il /la proprio/ia figlio/a possa avvalersi dell'ausilio di un assistente alla comunicazione.

Si dichiara inoltre che, nei GLHO che si svolgeranno durante l'anno scolastico, dovranno essere convocati i sotto indicati medici e terapisti che dovranno assicurare la loro partecipazione.

Medico/terapista	Fax	Telefono	Reperibile presso centro

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del genitore o di chi esercita la potestà \_\_\_\_\_

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000)