

**Istanza Erogazione Servizio di Assistenza per l'Autonomia e la Comunicazione**  
**(Legge 104/92 – Art. 3, comma 3)**

Spett.le  
Città Metropolitana di Catania  
1° Servizio 3° Dipartimento  
Via Nuovaluce, 67/A Tremestieri Etneo (CT)

**Per il tramite dell'Istituto Scolastico**

.....

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel/Cell \_\_\_\_\_

padre/madre/tutore di \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il Servizio di ASSISTENZA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ a favore del proprio

Figlio/a \_\_\_\_\_ frequentante L'istituto scolastico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.PR. 445/2000

**DICHIARA**

■ che il proprio nucleo familiare compreso il sottoscritto è così composto:

| N. | Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di Nascita | Parentela |
|----|----------------|------------------|-----------------|-----------|
| 1  |                |                  |                 |           |
| 2  |                |                  |                 |           |
| 3  |                |                  |                 |           |
| 4  |                |                  |                 |           |
| 5  |                |                  |                 |           |
| 6  |                |                  |                 |           |

- Che durante l'anno scolastico 2022/23 il proprio/a Figlio/a ha usufruito del suddetto Servizio da parte della Città Metropolitana di Catania SI  NO

Alla presente si allegano i seguenti documenti:

- fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente;
- fotocopia certificato Legge 104/92 rilasciata da una struttura sanitaria competente in cui si attesti (il grado e la tipologia) dell'handicap;
- Diagnosi funzionale attestante l'indispensabilità e la tipologia di intervento.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa solo per i fini istituzionali. I dati potranno essere condivisi con gli Enti delegati dalla Città Metropolitana di Catania, nominati allo scopo come responsabili esterni del trattamento dei dati personali ad effettuare i controlli previsti per l'accertamento e il mantenimento dei requisiti per l'accreditamento degli enti erogatori di servizi socio-assistenziali e per la verifica della qualità del servizio. Rimangono garantiti i diritti dell'interessato previsti dall'art. 7 del citato D.Lgs 196/03

Catania, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

