



**DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA A
FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA'**

MODULO A - RICHIESTA GENITORI/TUTORI

Il sottoscritto nato a.....il
___/___/___ e residente (padre/tutore del minore) e la sottoscritta
..... nata a.....il
___/___/___ e residente.....(madre/tutrice del minore)

in qualità di esercente/i la potestà genitoriale

CHIEDE/CHIEDONO

che il minore _____ nato/a a _____ il
___/___/___ e residente in _____,

Iscritto/a per il prossimo anno scolastico 2022-2023 presso la:

- Scuola dell'infanzia: classe _____ sezione _____
- Scuola Primaria: classe _____ sezione _____
- Scuola Secondaria di I grado: classe _____ sezione _____

dell' Istituto _____ plesso _____

possa beneficiare del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per l'a.s. 2020/2021.

Altresì ai fini della predisposizione del progetto educativo:

DICHIARA/DICHIARANO (barrare le voci utili)

che il/la minore:

- è in possesso del Certificato L. 104/92 (art. 3 comma _____);
- ha già usufruito del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per l'a.s. 2021/2022;
- non ha mai usufruito del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica;
- usufruisce di un Piano Educativo Individualizzato - PEI;
- è assegnatario dell'insegnante di sostegno per un totale settimanale di _____ ore
- NON è assegnatario dell'insegnante di sostegno
- Altro di rilevante da segnalare



Comune di Sparanise
ENTE CAPOFILA - AMBITO TERRITORIALE SOCIO-SANITARIO C9

*SPARANISE, CALVI RISORTA, GIANO VETUSTO, CAMIGLIANO, ROCCHETTA E CROCE,
PIGNATARO MAGGIORE, PASTORANO, CAPUA, BELLONA E VITULAZIO*



DICHIARA/NO, altresì,

- di essere stato informato circa la natura delle prestazioni previste dal Servizio di Assistenza Scolastica così come indicato dal “Catalogo dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari di cui al Regolamento di attuazione della L.R. 11/2007” della Regione Campania e dalle direttive del MIUR;
- di aver preso visione della **nota riepilogativa elaborata dall’UdP** relativamente alla normativa nazionale e regionale in materia di assistenza specialistica a favore degli alunni disabili;
- di essere informato che nel caso in cui le richieste pervenute dovessero essere superiori al numero di risorse destinate, verrà data priorità ai casi di particolare gravità/primaria necessità come da segnalazione del Dirigente Scolastico, tenuto conto di quanto emerso nei GLH di ciascun Istituto.**
- il genitore/referente da contattare in caso di bisogno è : _____ tel _____
_____ cell _____

ALLEGA/ALLEGANO

1. Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi della legge 104/92 o altra documentazione rilasciata da Enti Pubblici
2. Profilo di funzionamento;
3. Piano Educativo Personalizzato;
4. documento riconoscimento del richiedente

Infine dichiara/dichiarano di aver preso visione dell’informativa riportata di seguito e di esprimere il loro consenso al trattamento dei dati e di allegare pertanto un documento di riconoscimento in corso di validità.

INFORMATIVA SULL’USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

▪ **Titolare e responsabile del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il **Ambito Territoriale C9** nella persona del legale rappresentante, Dott.Salvatore Martiello, Sindaco del Comune di Sparanise (capofila), domiciliato per la carica in Sparanise, Piazza Giovanni XXIII, 1

▪ **Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il responsabile della protezione dei dati è la Quattrocolori Sas

▪ **Finalità e liceità del trattamento**

Ai sensi dell’art. 6 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, il trattamento è necessario per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento e pertanto il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l’espletamento del servizio.

▪ **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall’art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che ai sensi dell’art. 5 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, i dati conferiti saranno conservati in modo



Comune di Sparanise
ENTE CAPOFILA - AMBITO TERRITORIALE SOCIO-SANITARIO C9

*SPARANISE, CALVI RISORTA, GIANO VETUSTO, CAMIGLIANO, ROCCHETTA E CROCE,
PIGNATARO MAGGIORE, PASTORANO, CAPUA, BELLONA E VITULAZIO*



permanente.

- **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, **salvo le comunicazioni necessarie** che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

- **Trasferimento dei dati personali**

I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

- **Esistenza di un processo decisionale automatizzato**

L'Ambito territoriale C9 non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.

- **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati;
- c) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli dal titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- d) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali;
- e) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati degli stessi;
- f) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Ambito Territoriale Sparanise, Piazza Giovanni XXIII, 1 - pec: protocollo@pec.comunedisparanise.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI (Regolamento UE n. 2016/679, Articolo 9)

Il/I sottoscritto/i _____ e _____ in qualità di soggetti aventi patria potestà/tutore legale del minore _____ **dichiara/dichiarano** di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsentono al trattamento dei dati personali, anche sensibili, del proprio figlio/a (minore su cui esercitano la tutela legale) nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all'espletamento del Servizio di Assistenza Scolastica.

Luogo e data

_____, lì ____/____/____

Firma (padre/tutore)



Comune di Sparanise
ENTE CAPOFILA - AMBITO TERRITORIALE SOCIO-SANITARIO C9

*SPARANISE, CALVI RISORTA, GIANO VETUSTO, CAMIGLIANO, ROCCHETTA E CROCE,
PIGNATARO MAGGIORE, PASTORANO, CAPUA, BELLONA E VITULAZIO*



Firma (madre/tutrice)
