

**(Il modulo è editabile: cancellare le voci e le parti che non interessano e adattare alle circostanze del caso specifico o in ragione delle esigenze legali di tutela della privacy – inserire qualsiasi altra voce ritenuta utile o necessaria ai fini della redazione del PEI e per l'esercizio delle funzioni dell'Istituzione scolastica)**

**IL MODULO RESTA A SCUOLA, NON VIENE TRASMESSO ALLA PROVINCIA**

**ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OGGETTO: SERVIZI DI SUPPORTO. ANNO SCOLASTICO 2020/2021.**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente nel Comune di \_\_\_\_\_, in via /piazza \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di genitore o esercente la responsabilità genitoriale della/o studente \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_, in via/piazza \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;

ai fini dell'eventuale attivazione dei servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con disabilità, **attesta e dichiara quanto segue.**

Cognome e nome dello **studente** \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Corso di studi \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio / Residenza (Comune e indirizzo) \_\_\_\_\_

**Lo studente:**

**a)** è in possesso del Certificato L. 104/92 ai sensi dell'art. 3 comma 1 – Oppure - è in possesso del Certificato L. 104/92 ai sensi dell'art. 3, comma 3 (gravità) (**cancellare la voce che non interessa**);

**b)** usufruisce / non usufruisce di un Piano Personalizzato ai sensi della L.162/98 (**cancellare la voce che non interessa**);

**c)** usufruisce / non usufruisce dei benefici di cui alla L.R. 20/97 (**cancellare la voce che non interessa**);

**d)** frequenta attività sportive, ricreative-educative extrascolastiche (indicare quali) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**e)** ha già usufruito / non ha mai usufruito del servizio di assistenza scolastica e/o dei seguenti ulteriori servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con disabilità (nel caso, specificare di quali servizi ha già usufruito):

---

**f)** utilizza / non utilizza normalmente una sedia a rotelle (**cancellare la voce che non interessa**).

**Il sottoscritto richiede**

di attivare i processi volti a verificare se lo studente sopra menzionato abbia necessità dei servizi di supporto forniti dalla Provincia (**cancellare la voce che non interessa**):

- 1) il servizio di assistenza specialistica;
- 2) i servizi di accompagnamento nel percorso casa-scuola-casa.

**A tal fine acconsente che**

ove venga verificata la necessità dello studente sopra specificato, lo stesso usufruisca dei servizi di supporto erogati dalla Provincia, secondo quanto previsto dal Piano Educativo Individualizzato (PEI) elaborato sulla base delle certificazioni mediche che ne attestano la disabilità, **autorizzando** l'Istituzione scolastica alla formalizzazione della conseguente istanza nonché ai conseguenti interventi sullo studente da parte degli operatori incaricati.

**Comunica, con riferimento ai servizi di accompagnamento nel percorso casa-scuola-casa,**

**a)** che lo studente **è in grado / non è in grado** di servirsi autonomamente dei mezzi pubblici o comunque di giungere autonomamente a scuola senza significativi rischi o pericoli (**cancellare la voce che non interessa**);

**Dichiara, inoltre**

**b)** che la famiglia **ha la possibilità di / è impossibilitata ad** accompagnare, direttamente o indirettamente, lo studente a scuola con propri mezzi (**cancellare la voce che non interessa**);

**c) (da compilare soltanto nel caso di studenti provenienti dal primo ciclo di istruzione e dunque iscritti alla classe prima)** che lo scorso anno scolastico lo studente si recava a scuola (indicare scuola frequentata e descrivere modalità) \_\_\_\_\_

**d)** di ricevere / di non ricevere rimborsi, facilitazioni o esenzioni in relazione al trasporto dell'alunno (indicare Ente assegnatario, ammontare dell'assegnazione e finalità esatta dell'assegnazione): \_\_\_\_\_

---

**Il sottoscritto dichiara altresì,**

con riferimento ai servizi relativi al tragitto casa-scuola-casa

(**cancellare se non si domanda l'accesso a questi servizi**):

**e)** che oltre al sottoscritto sono autorizzati a consegnare e prendere in consegna dagli operatori incaricati le seguenti persone di cui si allega copia del documento di identità:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza (Comune e indirizzo) \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza (Comune e indirizzo) \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

**f)** Eventuale indirizzo diverso da quello di domicilio/residenza dal quale lo studente dovrà essere preso in carico e al quale poi dovrà essere riaccompagnato, in determinati giorni della settimana:

(Comune e indirizzo) \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara inoltre:**

- **di essere informato** del contenuto del *Regolamento provinciale dei servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con disabilità frequentanti gli Istituti del secondo ciclo di istruzione scolastica*, con specifico riguardo ai limiti e alle condizioni di accesso ai servizi;

- **di essere informato**, con riferimento al procedimento di attivazione dei servizi di supporto, che il responsabile del procedimento presso la Provincia di Sassari Zona Omogenea Olbia Tempio è la Dott.ssa Fabiana Decandia – tel. 0789 557615 – [f.decandia@provincia.sassari.it](mailto:f.decandia@provincia.sassari.it) – altro rif. Ufficio Istruzione: Dott.ssa M.Teresa Caddeo – tel. 0789 557656 – [mt.caddeo@provincia.sassari.it](mailto:mt.caddeo@provincia.sassari.it); pec [zonaomogenea.olbia-tempio@pec.provincia.sassari.it](mailto:zonaomogenea.olbia-tempio@pec.provincia.sassari.it); preferire le richieste via mail, mentre il contatto telefonico è possibile nelle giornate di mercoledì (dott.ssa Decandia ) e del venerdì (dott.ssa Caddeo);

- **di essere informato**, in riferimento all'articolo 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, che:

- 1) i dati raccolti attraverso la presente istanza verranno comunicati dall'istituzione scolastica alla Provincia di Sassari Zona Omogenea Olbia Tempio e da questa alle ditte incaricate dei servizi;
- 2) la finalità del trattamento dei dati da parte della Provincia è la seguente: erogazione dei servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con disabilità (servizio di assistenza educativa, servizio di assistenza nell'uso dei mezzi pubblici o nel percorso a piedi, trasporto, rimborso spese di viaggio);
- 3) la base giuridica del trattamento è rappresentata dalle competenze delle Istituzioni scolastiche e delle Province, in particolare ai sensi delle seguenti norme: legge 104/1992; Decreto Legislativo n. 66/2017; Legge regionale n. 9/2006, art. 73; Regolamento della Provincia di Sassari dei servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con disabilità frequentanti gli istituti del secondo ciclo di istruzione scolastica;
- 4) saranno oggetto di trattamento le seguenti categorie di dati personali: dati personali e dati relativi alla salute dell'alunno;
- 5) sussiste in capo all'interessato il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano e di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- 6) sussiste in capo all'interessato il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo;
- 7) la Provincia comunicherà i dati acquisiti, in funzione dello svolgimento del servizio di assistenza, alle ditte incaricate;
- 8) al fine del trattamento dei dati, sono responsabili le seguenti figure:

**Modello 1 - istanza famiglia**

per la Provincia di Sassari Zona Omogenea Olbia Tempio: Titolare del trattamento: On. Pietro Fois; responsabile della protezione dei dati: Ing. Antonio Zara, nominato con Decreto dell'Amministratore Straordinario n. 72 del 22.10.2018; dati di contatto: tel. 079.2069481 email: [an.zara@provincia.sassari.it](mailto:an.zara@provincia.sassari.it);

- 9) il periodo di conservazione dei dati personali acquisiti è determinato come segue:
- a) per la Provincia di Sassari: la Provincia utilizzerà i dati acquisiti per le sole finalità istituzionali conservandoli poi nei propri archivi;
  - b) per la ditta affidataria (incaricata del servizio di assistenza), la ditta utilizzerà i dati per le sole finalità di esecuzione del servizio affidato, procedendo alla loro distruzione una volta ultimate le attività di esecuzione del servizio;
- 10) che in caso di variazioni nei livelli di responsabilità o nei soggetti incaricati si procederà ad ulteriori comunicazioni.

Il familiare dell'alunno  
\_\_\_\_\_

**ALLEGATI.**

(inserire qualsiasi altra voce ritenuta utile o necessaria ai fini della redazione del PEI e per l'esercizio delle funzioni dell'Istituzione scolastica)

Si allega alla presente (cancellare le voci che non interessano):

- 1) **Certificazione di disabilità** dell'alunno ai sensi dell'art. 3 della legge 104/1992;
- 2) Documentazione medica (specificare): \_\_\_\_\_;
- 3) Copia del **documento di identità del sottoscritto**;
- 4) Eventuale copia dei **documenti di identità delle persone autorizzate** a consegnare e prendere in consegna dagli operatori incaricati.

**Il familiare dell'alunno**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_