

	<p style="text-align: center;">Amministrazione destinataria Ambito territoriale sociale di Larino - Comune di Larino</p> <p style="text-align: center;">Ufficio destinatario Ufficio di piano</p>	
---	---	--

## Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare educativa scolastica (SSES)

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare			Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

### CHIEDE

l'ammissione al servizio di sostegno socio educativo scolastico (SSES)

<input type="radio"/>	per sè stesso										
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato										
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Sesso			Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
In qualità di (*)											

*In qualità di (\*):*

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti accesso specificati all'interno dell'avviso pubblico
- di aver preso visione dell'avviso pubblico e di averne accettato le condizioni

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia della preventiva autorizzazione del Dirigente scolastico all'erogazione del presente servizio     |
| <input checked="" type="checkbox"/> | dichiarazione sostitutiva unica per il calcolo dell'ISEE  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | documentazione attestante l'invalidità  |
| <input type="checkbox"/>            | copia del documento di identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/>            | altri allegati (specificare)  |

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

Larino

Luogo

Data

Il dichiarante