



Città di Ladispoli
(Città Metropolitana di Roma Capitale)
AREA IV
SERVIZI ALLA PERSONA – SETTORE II
SERVIZI SOCIALI

MOD. SERV.SOC N°2 -2023

MODULO RICHIESTA
OEPA -OPERATORE EDUCATIVO PER L'AUTONOMIA-
EX ASSISTENZA EDUCATIVA CULTURALE (AEC) PER ALUNNI DISABILI
NUOVA ATTIVAZIONE
ANNO 2023/2024

*il presente modulo insieme alla documentazione va inviato via PEC o consegnato a mano al protocollo del Comune di Ladispoli entro e non oltre il **17 aprile 2023**, se non si è in possesso di tutta la documentazione necessaria entro la scadenza, potrà essere consegnata successivamente entro il **31 dicembre 2023**

DATI DEL **GENITORE** **TUTORE** **AFFIDATARIO:**

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua responsabilità (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiara di essere NATO/A _____

PROV. _____ IL _____ RESIDENTE A LADISPOLI IN VIA/PIAZZA _____ N. _____

RECAPITI TELEFONICI _____

DATI DEL MINORE:

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A A _____

PROV. _____ IL _____ ;

RESIDENTE A LADISPOLI IN VIA/PIAZZA _____ N. _____

FREQUENTANTERA' L'ISTITUTO SCOLASTICO _____

CLASSE _____ DELLA SCUOLA INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA

CHIEDE

DI USUFRUIRE A FAVORE DEL MINORE DEL SERVIZIO AEC;

DICHIARA

Che l'alunno frequenterà: TEMPO PIENO TEMPO ANTIMERIDIANO;

che per l'alunno si tratta di prima iscrizione presso la scuola su menzionata;

● Di impegnarsi a comunicare formalmente all'Ufficio preposto del Comune di Ladispoli eventuale cambio di residenza del minore in assistenza, pena l'assunzione della spesa a proprio carico del servizio erogato dal Comune di Ladispoli e non dovuto.

Ladispoli, li _____

Firma di entrambi i genitori/tutore

Conformemente a quanto previsto dal GDPR del 2016/679, del D. Lgs. 101 del 10/08/2018 e dell'art. 13 e 26 del D. lgs. 196 del 2003 ss.mm.ii esprimo il consenso al trattamento dei dati personali sensibili.

Ladispoli, li _____

Firma di entrambi i genitori/tutore

Esprimo il consenso al trattamento dei dati sensibili utili per l'assegnazione del Servizio di AEC e per l'effettuazione di rilevamenti statistici da parte dell'Amministrazione Comunale inerenti l'efficienza e l'efficacia del Servizio stesso, ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali GDPR del 2016/679, del D.Lgs. 101 del 10/08/2018 e dell'art. 13 e 26 del D.lgs. 196 del 2003 ss.mm.ii "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Ladispoli, li _____

Firma entrambi i genitori/tutore

Il sottoscritto/a dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, di essere consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, così come disposto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento adottato, come previsto dall'art. 75 del DPR n. 445/2000.

Il sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che il Comune di Ladispoli effettuerà controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dei documenti presentati anche avvalendosi di enti a autorità a questo preposte.

Data _____ Firma _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE (se in possesso):

1. Diagnosi funzionale;
2. Certificazione per l'Integrazione Scolastica, redatta a causa della ASL TSMREE attestante la necessità di attivare interventi di Assistenza Educativa Specialistica;
3. Certificazione Legge 104/1992, articolo 3, comma 1, attestante la condizione di handicap;
4. Certificazione Legge 104/1992, articolo 3, comma 3, attestante la condizione di handicap grave;
5. Eventuale certificazione di invalidità civile;
6. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
7. Copia del permesso o della carta di soggiorno in corso di validità, se cittadino extracomunitario del richiedente e beneficiario;
8. Copia del codice fiscale o della tessera sanitaria del richiedente e del beneficiario;
9. Copia del decreto di nomina di tutela, curatela o amministrazione di sostegno, se in possesso.
10. Copia richiesta o rinnovo Legge 104

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

ESITO DOMANDA:

POSITIVO

NEGATIVO

Tot. ore assegnate _____

EMAIL: servizi.sociali@comunediladispoli.it
PEC: comunediladispoli@certificazioneposta.it