

Al Signor Sindaco  
Comune di Olbia

**Servizio Assistenza Scolastica Disabili ai sensi della Legge  
Regionale 23/2005**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_

Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER SE / OVVERO PER**

\_\_\_\_\_ cognome e nome \_\_\_\_\_  
( relazione di parentela )

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ ( )

Via \_\_\_\_\_ Scuola frequentata \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

**Il Servizio di Assistenza Scolastica Disabili ai sensi della L. R. n° 23/2005.**

Allega la seguente documentazione :

- certificato medico rilasciato dai servizi specialistici della A.S.L. ;
- verbale di invalidità civile;
- verbale di riconoscimento dell'handicap grave ai sensi della L. 104/92;
- altro \_\_\_\_\_

Inoltre dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196/2003 ( Codice in materia di protezione dei dati personali ), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

Olbia, lì \_\_\_\_\_

Firma del/la richiedente

\_\_\_\_\_