



AL COMUNE DI ALBANO LAZIALE  
SETTORE III SERVIZIO II - SERVIZI SOCIALI

**MODULO DI RICHIESTA ASSISTENZA EDUCATIVA CULTURALE (AEC)  
PER GLI ALUNNI CON DISABILITÀ RESIDENTI NEL COMUNE DI ALBANO  
LAZIALE**

**ANNO SCOLASTICO 2020/2021**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per l'Anno Scolastico 2020/2021, ai sensi della circolare n. 3390 del Ministero dell'Istruzione del 30.11.2001 e s.m.i.,

per il minore \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente ad Albano Laziale via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

**Iscritto/a presso la Scuola/Istituto:**

di \_\_\_\_\_ Plesso di via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_)

asilo nido

scuola dell'infanzia – sezione \_\_\_\_\_;

scuola primaria – classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_;

scuola secondaria di primo grado – classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_;

Per un totale di ore settimanali di frequenza a scuola: \_\_\_\_\_

Indicare con una crocetta se trattasi di:

- scuola pubblica
- scuola privata
- scuola parificata

A tal fine, altresì

### DICHIARA

- Che ha usufruito, nello scorso anno scolastico (2019/2020), del servizio AEC per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali;
- Che ha usufruito, per l'anno scolastico passato (2019/2020), dell'insegnante di sostegno per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali;

Che per l'anno scolastico 2020/2021:

- non usufruirà dell'insegnante di sostegno
- ha fatto richiesta per l'insegnante di sostegno ed è in attesa di risposta;

**NB.:** La richiesta di attivazione del Servizio AEC è valevole solamente per gli alunni residenti nel Comune di Albano Laziale e frequentanti le **scuole dall'asilo nido fino alla scuola secondaria di primo grado (III media)**.

Per l'attivazione del Servizio AEC nelle scuole secondarie di secondo grado (superiori), la richiesta va inoltrata direttamente allo stesso Istituto Scolastico.

**Per l'attivazione del servizio AEC erogato in comuni diversi da Albano Laziale e da Organismi diversi dalla ASP Albaservizi, il genitore è a conoscenza che ai sensi della Deliberazione di Giunta Comunale n. 28 del 30/01/2020 "Determinazione soglie I.S.E.E. per l'accesso alle prestazioni dei Servizi Sociali" è possibile una compartecipazione alla spesa da parte del nucleo familiare.**

GIORNI ED ORARI DELLA TERAPIA IN ORARIO SCOLASTICO (Se conosciuti)

Giorni della settimana	Indicare nella riga corrispondente gli orari
lunedì	
martedì	
mercoledì	
giovedì	
venerdì	
sabato	

**CERTIFICAZIONI DA ALLEGARE IN BUSTA CHIUSA:**

- Certificazione medica attestante la diagnosi del minore per la quale viene richiesta l'Assistenza Specialistica rilasciata dal Dott. \_\_\_\_\_  
Del Servizio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
e \_\_\_\_\_
- fotocopia del verbale di riconoscimento handicap ai sensi della L. 104/92

**LE DOMANDE COMPILATE DOVRANNO ESSERE PRESENTATE ENTRO IL 30/06/2020  
SECONDO LE MODALITA' PREVISTE DALL'AVVISO PUBBLICO.**

**Per ulteriori informazioni rivolgersi ai Servizi Sociali 0693295422 – 424 – 428 - 429.  
e-mail: [aec@comune.albanolaziale.rm.it](mailto:aec@comune.albanolaziale.rm.it)**

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI DA RENDERSI ALL'INTERESSATO AI  
SENSI DELL'ART. 13 D.lgs. 30/06/2003 n. 196 e del GDPR 2016/679**

La informiamo che i dati personali e sensibili da lei forniti e quelli che eventualmente fornirà anche successivamente formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Per trattamento si intende la raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distribuzione dei dati personali, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

Tali dati verranno trattati esclusivamente per finalità connesse e strumentali esclusivamente all'attività del servizio di assistenza educativa culturale utilizzando strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

La informiamo, inoltre, che i suoi dati potranno essere trattati anche da Enti pubblici, società, strutture, Associazioni ecc. coinvolti nelle attività scolastiche.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore/ o chi ne fa le veci di \_\_\_\_\_  
Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e la trasmissione degli stessi alla Società che eroga il servizio per quanto attiene i compiti istituzionali e professionali.

Firma leggibile del genitore o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_