



COMUNE DI ALBANO LAZIALE  
SETTORE III SERVIZIO II SERVIZI SOCIALI

**MODULO DI RICHIESTA  
ASSISTENZA EDUCATIVA CULTURALE (AEC)  
PER GLI ALUNNI DISABILI  
RESIDENTI NEL COMUNE DI ALBANO LAZIALE  
ANNO SCOLASTICO 2017/2018**

Il sottoscritto/a genitore o chi ne fa le veci (specificare) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
residente in Albano L. Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
domicilio in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Recapiti telefonici:**

abitazione \_\_\_\_\_ ufficio \_\_\_\_\_  
cellulari \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**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. 255 del 29/12/2016 "Determinazione soglie I.S.E.E. per l'accesso alle prestazioni dei Servizi Sociali" è possibile una compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza.**

Alla presente domanda dovrà essere allegata, in busta chiusa, la certificazione sanitaria con specifica richiesta del Servizio AEC e il verbale di riconoscimento handicap ai sensi della Legge 104/92.

## CHIEDE

Per l'Anno Scolastico 2017 – 2018, ai sensi della circolare n. 3390 del Ministero dell'Istruzione del 30.11.2001 e s.m.i.,

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

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

Residente in Albano L. in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Iscritto/a presso la Scuola/Istituto:

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

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

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ n. telefono della scuola \_\_\_\_\_

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 (2016/2017), del servizio AEC per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali;

Che ha usufruito, per l'anno scolastico passato (2016-2017), dell'insegnante di sostegno per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali;

- Che per l'anno scolastico 2017/2018:

usufruirà dell'insegnante di sostegno per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali;

non usufruirà dell'insegnante di sostegno

ha fatto richiesta per l'insegnante di sostegno ed è in attesa di risposta;

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

<b>Giorni della settimana</b>	<b>Indicare nella riga corrispondente gli orari</b>
lunedì	
martedì	
mercoledì	
giovedì	
venerdì	
sabato	

**EVENTUALI NOTE RITENUTE UTILI PER IL SERVIZIO RICHIESTO A CURA DEL RICHIEDENTE**

---

---

Firma leggibile del genitore o di chi ne fa le veci

---

## CERTIFICAZIONI DA ALLEGARE IN BUSTA CHIUSA:

### CONSEGNARE AL COMUNE:

Certificazione medica attestante la diagnosi del minore per la quale viene richiesta l'Assistenza Specialistica rilasciata dal Dott. \_\_\_\_\_  
Del Servizio/Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

E

fotocopia del verbale di riconoscimento handicap ai sensi della L. 104/92

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile del genitore o di chi ne fa le veci

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

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.

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

**LE DOMANDE COMPILATE DOVRANNO ESSERE PRESENTATE ENTRO IL 09/06/2017 PRESSO L'UFFICIO PROTOCOLLO DEL COMUNE DI ALBANO L. - PIAZZA DELLA COSTITUENTE N. 1, O PRESSO I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI ALBANO LAZIALE VIA SAN FRANCESCO,10**

#### **ORARI DI APERTURA:**

**LUNEDÌ – GIOVEDÌ dalle ore 15.30 alle 17.30**

**MARTEDÌ – MERCOLEDÌ – VENERDÌ dalle ore 8.30 alle ore 11.00**

**Per ulteriori informazioni rivolgersi ai Servizi Sociali 0693019548.**

**e-mail: [servizisociali@comune.albanolaziale.rm.it](mailto:servizisociali@comune.albanolaziale.rm.it)**

**I moduli di valutazione del servizio AEC o di eventuale reclamo sono disponibili  
c/o i Servizi Sociali Via. S. Francesco n. 10 Albano Laziale (RM)**