



**MODULO DI RICHIESTA  
ASSISTENZA EDUCATIVA CULTURALE (AEC)  
PER GLI ALUNNI DISABILI  
RESIDENTI NEL COMUNE DI ALBANO LAZIALE  
ANNO SCOLASTICO 2014/2015**

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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**NB.:** La richiesta di attivazione del Servizio AEC è valevole solamente per gli alunni residenti nel Comune di Albano Laziale e frequentanti la scuola materna fino alla scuola media inferiore (III media).

Per l'attivazione del Servizio AEC per gli alunni frequentanti le scuole medie superiori, il genitore o chi ne fa le veci deve fare richiesta direttamente allo stesso istituto scolastico.

Alla presente domanda dovrà essere allegata la certificazione sanitaria con specifica richiesta del Servizio AEC, in busta chiusa.

## CHIEDE

Per l'Anno Scolastico 2014 – 2015, 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 \_\_\_\_\_ sito in via \_\_\_\_\_

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

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

Per un totale di ore settimanali: \_\_\_\_\_

Indicare con una crocetta se trattasi di:

scuola pubblica

scuola privata

scuola parificata

A tal fine, altresì

## DICHIARA

Che ha usufruito, per l'anno scolastico passato (2013/2014) dell'AEC per n. ore \_\_\_\_\_

Di aver fatto richiesta per l'insegnante di sostegno;

Che usufruirà (*se già se ne è a conoscenza*) dell'insegnante di sostegno per n. ore settimanali \_\_\_\_\_

Che non usufruirà dell'insegnante di sostegno

Che ha usufruito, per l'anno scolastico passato (2013-2014), dell'insegnante di sostegno per ore settimanali n. \_\_\_\_\_

Di usufruire del Servizio di Trasporto\* Scolastico per alunni disabili;

Di usufruire del Servizio di Trasporto\*;

\* *Si ricorda che le richieste per il trasporto scolastico in favore degli alunni disabili devono essere compilate su apposita modulistica disponibile presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e inoltrate direttamente all'Ufficio Trasporti del Comune di Albano Laziale, anche se indicate in questa modulistica*

Indicare, se possibile, i giorni ed orari di terapia che coincidono con l'orario scolastico

<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

Certificazione medica attestante la diagnosi del minore per la quale viene richiesta l'Assistenza

Specialistica rilasciata dal Dott. \_\_\_\_\_

Del Servizio/Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Ai sensi degli art.3,8,12,13 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 31/05/2014 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,12**  
**ORARI DI APERTURA:**

**LUNEDÌ – GIOVEDÌ dalle ore 16.00 alle 18.00**  
**MARTEDÌ – MERCOLEDÌ – VENERDÌ dalle ore 8.30 alle ore 11.00**

**Per ulteriori informazioni rivolgersi ai Servizi Sociali 0693019540.**

**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. 12 Albano Laziale (RM)**