



AMBITO TERRITORIALE N15 LEGGE 328/00

COMUNI DI MARANO DI NAPOLI E QUARTO

COMUNE CAPOFILA: MARANO DI NAPOLI

Ufficio di Piano

Al Comune di Quarto

Oggetto: richiesta attivazione assistenza specialistica scolastica.

Il/La Sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato a _____ il _____

Il/La Sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato a _____ il _____

In qualità di: (Barrare la casella di preferenza) Genitore Figlio Chi ne fa le veci

DICHIARA

Che le generalità del/la minore per il/la quale si chiede l'attivazione del servizio sono:

Cognome e Nome _____

Nato a _____ il ____/____/____

Residente a _____ in Via _____ n° _____ Tel. _____

Scritto presso la scuola _____ classe _____

Indicare la scelta (barrare la casella corrispondente numerando la scelta) di uno dei Soggetti Accreditati alla Gestione del Servizio di Assistenza Scolastica Specialistica per Alunni diversamente abili di seguito elencate:

- Cooperativa Sociale "Ausilia" in via Napoli, 73 S. Maria Capua Vetere (CE) - tel. 3382198370.
- Cooperativa Sociale "Benessere" in via Bachelet, 39 Benevento (BN) - tel. 082451237.
- Cooperativa Sociale "L'Incontro" in via Dalla Chiesa, 37, Qualiano (Na) - tel. 081-18812076.
- Cooperativa Sociale "La Rinascita" in via Cesare Pavese 8, Mugnano (NA) - tel. 0810203718.
- Cooperativa Sociale "La Vela" in via G. Porzio 4, Is. G8, C Dir. Napoli - tel. 081 8132074.

Dichiara altresì

Che il proprio figlio è in possesso di decreto L.104/90 sì no

Che il proprio figlio è stato riconosciuto invalido con sentenza TAR sì no

In allegato: copia dei documenti di identità di entrambi i genitori - Legge 104/92.

Marano, ____/____/____

Firma _____

Firma _____