



Amministrazione destinataria

Comune di Lodi

Ufficio destinatario

Servizi per l'Istruzione - Gestione

Mense Scolastiche e Trasporto

Scolastico

Domanda di attivazione del servizio di assistenza per difficoltà sensoriali

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala
				Piano	SNC ☐
					CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

con difficoltà

- ☐ visive
- ☐ uditive

iscritto alla scuola

Scuola	Classe	Sezione

CHIEDE

l'attivazione dell'assistenza alla comunicazione da utilizzare presso la struttura scolastica.

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☒ | verbale di accertamento |
| ☒ | diagnosi funzionale |
| ☒ | certificazione sanitaria |
| ☒ | informativa riguardo al trattamento dei dati personali |

☐	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
☐	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Lodi		
Luogo	Data	Il dichiarante