

**OGGETTO: RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA ALUNNI CON DISABILITÀ**

A.S. 2025/2026

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ documento d'identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**in qualità di genitore/tutore/esercente la responsabilità genitoriale sul minore possessore del**

- Certificato L. 104/92 ai sensi dell'art. 3 comma 1  
 Certificato L. 104/92 ai sensi dell'art. 3, comma 3

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ che frequenterà nell'A.S.  
\_\_\_\_\_ l'Istituto Comprensivo \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

Assistente alla comunicazione all'Autonomia  
Assistente Educativo  
Assistente igienico – personale

(solo nel caso in cui la Scuola non ha disponibilità di personale A.T.A che può effettuare assistenza igienico-personale)

**Si allega certificazione rilasciata dal Servizio di competenza solo nei casi ove questo sia previsto e/o dovuto secondo la vigente normativa e le relative linee guida ..**

Data   /  /  

Firma \_\_\_\_\_