

AUTOCERTIFICAZIONE GENITORI/ TUTORE

"ASSISTENZA EDUCATIVA AD PERSONAM" IN FAVORE DI ALUNNI CON DISABILITÀ FREQUENTANTI SCUOLE DELL'INFANZIA STATALI, SCUOLE PRIMARIE, SECONDARIE DI PRIMO E SECONDO GRADO STATALI, PARITARIE, FUORI COMUNE E I.F.P.
PERIODO 2024-2027 (settembre 2024 – agosto 2027)
(Con eventuale rinnovo di un ulteriore triennio scolastico)

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____ prov. _____

Residente in _____ Via _____

Padre dell'alunn_ _____

La sottoscritta _____

nata il _____ a _____ prov. _____

Residente in _____ Via _____

Madre dell'alunn_ _____

Frequentante la scuola

ovvero

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ prov. _____

Residente in _____ Via _____

Tutore dell'alunn_ _____

Frequentante la scuola

DICHIARANO

Di avere scelto

.....
quale ente accreditato per l'assistenza scolastica disabili in favore del proprio figlio/tutelato per il periodo **da** _____ **202** __ **a** _____ **202** __.

Dichiaro di aver preso visione delle rispettive carte dei servizi degli enti accreditati, relative al servizio di assistenza scolastica disabili.

In fede

Padre

Madre

Tutore

Numero di riferimento per contattare i sottoscrittori

Fisso.....

Cell.....