



Città di Marano di Napoli
Settore Politiche Sociali



Comune di Quarto
Servizi Sociali

UFFICIO DI PIANO
AMBITO TERRITORIALE N15 LEGGE 328/00

Oggetto: richiesta attivazione assistenza specialistica scolastica

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

All'Ufficio protocollo Comune di
Quarto Napoli

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) di uno dei Soggetti Accreditati alla Gestione del Servizio di Assistenza Scolastica Specialistica per Alunni diversamente abili di seguito elencate:

- Cooperativa Sociale L'albero delle esperienze Via Dalla Chiesa, 37 Qualiano
lalberodelleesperienze@gmail.com
- Cooperativa Sociale La Rinascita in via Cesare Pavese 8, Mugnano(NA) –
cooplarinascita@libero.it
- Cooperativa sociale La Vela via G. Porzio 4, Is. G8, C.Dir. Napoli – cooplavela@gmail.com

Dichiara altresì

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

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

In allegato: copia dei documenti di identità di entrambi i genitori

Quarto, ___ / ___ / _____

Firma _____

Firma _____