

UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA

**ASSISTENZA EDUCATIVA MINORI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
dati anagrafici \_\_\_\_\_  
residenti in Sant'Antonio di Gallura, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Numero di Telefono \_\_\_\_\_

**GENITORI DEL MINORE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a Sant'Antonio di Gallura, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Figli\_unic\_ (in caso positivo segnare con segno di X)

Classe frequentata \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

Insegnante di sostegno (in caso positivo segnare con segno di X)

**DIFFICOLTA' RILEVATE:** (descrizione)

---

---

---

---

**CHIEDONO**

L'attivazione del servizio di Assistenza Educativa per \_1\_ propri\_ figli\_

**DICHIARANO**

La propria disponibilità a collaborare per un miglior raggiungimento degli obiettivi e per la verifica degli stessi.

Sant'Antonio di Gallura, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Si allega**

- *eventuale documentazione medica*
- *carta d'identità e codice fiscale del richiedente*

### **INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Sant'Antonio di Gallura li

Firma per accettazione

\_\_\_\_\_