



**Settore Politiche Sociali**

Al Comune di Salerno  
Ambito Territoriale S5

---

---

**SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN FAVORE DEGLI STUDENTI CON  
DISABILITA' CHE FREQUENTANO LE SCUOLE CITTADINE DELL'INFANZIA,  
PRIMARIE E SECONDARIE DI PRIMO GRADO  
ANNO SCOLASTICO 2024-2025**

**ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO  
TRAMITE VOUCHER**

Il/la sottoscritto/a

.....  
(cognome) (nome)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di nascita.....luogo di nascita..... (Pr.....)

residente in via..... n.....Cap.....

Comune..... (Pr.....) - Tel. ....

E-Mail.....

Genitore/Tutore dello/a studente/essa

.....  
(cognome) (nome)

Data di nascita.....luogo di nascita..... (Pr.....)

residente in via..... n.....Cap.....

Comune..... (Pr.....) - Tel. ....

## ALLEGATO "A"

Iscritto/a per l'anno scolastico 2024/2025 alla classe.....presso l'Istituto.....  
.....plesso.....sito in .....  
alla via.....

### **CHIEDE**

che lo stesso sia ammesso al servizio di Assistenza Scolastica Specialistica (assistenza per l'autonomia e la comunicazione) ai sensi della Legge 104/1992, artt. 3, 4, 13, comma 3 e dell'art. 2 del D.P.C.M. 23/02/06, n. 185, come evidenziato nella certificazione e/o nella relativa diagnosi funzionale e per il numero di ore settimanali previsto dal Piano Educativo Individualizzato, tramite l'utilizzo di voucher da utilizzare presso gli Organismi iscritti nel Catalogo dei soggetti accreditati, ai sensi del Regolamento Regionale n. 4/2014, attuativo della L. R. n. 11/2007, approvato con determinazione dirigenziale n. 4812 del 22/10/2018.

### **DICHIARA**

- che lo studente per il quale si chiede il servizio non ha già completato un ciclo di studi relativo all'istruzione primaria o secondaria di primo grado;
- di essere consapevole della circostanza che la presentazione della suddetta istanza non determina, in favore del soggetto richiedente, l'ammissione al servizio, alcun diritto o pretesa al conseguimento dello stesso;
- di essere a conoscenza dell'informativa sulla privacy ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" consolidato con il D. Lgs. 101/2018 e che i dati personali forniti e raccolti saranno utilizzati, anche con strumenti informatici, esclusivamente in funzione e per i fini del presente procedimento e saranno conservati presso il Settore Politiche Sociali;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati verifiche e controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

**DICHIARA ALTRESI'**

Di essere consapevole che:

- il voucher elettronico potrà essere utilizzato, per il proprio figlio, solo ed esclusivamente dai soggetti iscritti nel Catalogo degli organismi accreditati per lo svolgimento del servizio di assistenza specialistica scolastica;
- la scelta dell'Organismo iscritto nel predetto Catalogo è effettuata liberamente dalla famiglia dello studente;
- qualora le esigenze dell'utente non dovessero essere pienamente soddisfatte, la famiglia dello stesso potrà scegliere un altro Organismo inserito nel Catalogo;
- farà fede il registro mensile di firme e presenze vistato dal Dirigente scolastico, a conferma della regolarità del servizio reso dall'assistente educativo associato allo studente;

**DICHIARA INFINE**

che l'Organismo prescelto è il seguente \_\_\_\_\_

Salerno, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**ALLEGA**

ai fini dell'istruttoria e della valutazione della presente domanda la seguente documentazione, rilasciata dalle competenti strutture pubbliche:

- la certificazione sanitaria attestante la condizione di disabilità;
- la diagnosi funzionale o ICF con l'indicazione, da parte del competente servizio dell'ASL, della necessità dell'assistente specialista e della tipologia dello stesso;
- il Piano Educativo Individualizzato;
- copia di un valido documento di riconoscimento e codice fiscale del soggetto firmatario dell'istanza e dello studente.