

**Richiesta Servizio di Assistenza Scolastica 2024/2025**

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. 2024/2025

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 ASP di pertinenza.**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_