**AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI CATANIA**

**DIREZIONE FAMIGLIA E POLITICHE SOCIALI**

**P.O. SOSTEGNO ALL DOMICILIARITA’**

**VIA CARDINALE DUSMET, 141**

**OGGETTO: ASSISTENZA IGIENICO PERSONALE**

**\_ \_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,**

**via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CHIEDE**

**IL SERVIZIO DI ASSISTENTE IGIENICO PERSONALE PER L’ANNO SCOLASTICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**a favore de\_\_ figli\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell’art. 26 della L.15/68 e successive modifiche:**

1. **Di essere residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Che il proprio figlio/a è in possesso della Legge 104/92 soggetto portatore di handicap in situazione di gravità in corso di validità**
3. **Che il proprio figlio è in possesso della Diagnosi Funzionale rilasciata dall’ASP di Catania**
4. **Che il proprio figlio/a è iscritt \_ nell’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’ Istituto Comprensivo “V.Brancati”- Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Allega alla presente:**

1. **Fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscritto**
2. **Copia della Diagnosi Funzionale rilasciata dall’ASP di Catania**

**CATANIA, lì FIRMA**