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

**DIREZIONE FAMIGLIA E POLITICHE SOCIALI**

**P.O. SOSTEGNO ALL DOMICILIARITA’**

**VIA CARDINALE DUSMET, 141**

**OGGETTO: ASSISTENZA alla AUTONOMIA e alla COMUNICAZIONE**

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

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

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

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

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

**CHIEDE**

**IL SERVIZIO DI ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE E ALLA RELAZIONE PER L’ANNO SCOLASTICO 2015/2016**

**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 certificazione redatta dalla Neuropsichiatria Infantile dell’ASP di Catania attestante la diagnosi di:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **e che pertanto necessita di ASSISTENZA ALLA AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE.**
2. **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 rilasciata dall’ASP di Catania.**

**CATANIA, lì FIRMA**