



# CITTA' DI SPARANISE

PROVINCIA DI CASERTA

## SERVIZI SOCIALI

ICAS "S. SOLIMENE" SPARANISE CE  
Prot. 0003654 del 05/08/2021  
A25 (Entrata)

**Istituto Comprensivo Autonomo Statale "Saverio Solimene"**

**Ufficio Segreteria**

**Alla c. a. del Responsabile**

**e p. c. Al Dirigente Scolastico**

**Via Corrado Graziadei, 37  
81056 SPARANISE (CE)**

Prot. n. 11001 / 2021

Oggetto: Servizio Assistenza Scolastica - Anno scolastico 2021/2022

In riferimento all'oggetto, al fine di consentire una corretta programmazione delle risorse disponibili, in allegato alla presente si trasmettono copia della scheda di accesso al servizio e copia della scheda riepilogativa.

**Tutte le istanze** di accesso al servizio di assistenza a favore di alunni con disabilità iscritti alla Scuola dell'Infanzia, alla Scuola Primaria ed alla Scuola Media Superiore di I° grado di codesto Istituto Comprensivo per l'anno scolastico 2021/2022, **debitamente compilate** da genitori/ tutori/ esercenti la responsabilità genitoriale e **corredate di tutta la documentazione richiesta**, - **pena la non ammissibilità** - **dovranno pervenire al Comune di Sparanise entro e non oltre il 24/08/2021.**

Si ricorda che non possono beneficiare di tale servizio gli alunni con DSA (disturbi specifici dell'apprendimento), per i quali si applicano le modalità di intervento previste dalla legge n. 170/2010, e gli alunni con BES (bisogni educativi speciali) che non presentino una certificazione di disabilità ai sensi della legge n. 104/1992.

Distinti saluti

Sparanise, 05/08/2021

L'Assistente Sociale





**Comune di Sparanise**  
**ENTE CAPOFILA - AMBITO TERRITORIALE SOCIO-SANITARIO C9**

SPARANISE, CALVI RISORTA, GIANO VETUSTO, CAMIGLIANO, ROCCHETTA E CROCE,  
PIGNATARO MAGGIORE, PASTORANO, CAPUA, BELLONA E VITULAZIO



AMBITO TERRITORIALE C9

**DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA A FAVORE  
DEGLI ALUNNI CON DISABILITA'**

**MODULO A - RICHIESTA GENITORI/TUTORI**

Il sottoscritto ..... nato a ..... il

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente ..... (padre/tutore del minore) e la sottoscritta

..... nata a ..... il

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente ..... (madre/tutrice del minore)

in qualità di esercente/i la potestà genitoriale

**CHIEDE/CHIEDONO**

che il minore ..... nato/a a ..... il

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in .....

Iscritto/a per il prossimo anno scolastico 2021-2022 presso la:

- Scuola dell'infanzia: classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_
- Scuola Primaria: classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_
- Scuola Secondaria di I grado: classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

dell' Istituto ..... plesso .....

possa beneficiare del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per l'a.s. 2021/2022.

Altresì ai fini della predisposizione del progetto educativo:

**DICHIARA/DICHIARANO (barrare le voci utili)**

**che il/la minore:**

- è in possesso del Certificato L. 104/92 (art. 3 comma \_\_\_\_\_);
- ha già usufruito del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per l'a.s. 2021/2022;
- non ha mai usufruito del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica;
- è assegnatario dell'insegnante di sostegno per un totale settimanale di \_\_\_\_\_ ore
- NON è assegnatario dell'insegnante di sostegno
- Altro di rilevante da segnalare

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DICHIARA/NO**, altresì,

- di essere stato informato circa la natura delle prestazioni previste dal Servizio di Assistenza Scolastica così come indicato dal "Catalogo dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari di cui al Regolamento di attuazione della L.R. 11/2007" della Regione Campania e dalle direttive del MIUR;
- di essere informato che nel caso in cui le richieste pervenute dovessero essere superiori alla disponibilità di risorse destinate al servizio in oggetto, verrà data priorità ai casi di particolare gravità/primaria necessità come da segnalazione del Dirigente Scolastico, tenuto conto di quanto emerso nei GLHO di ciascun Istituto ovvero saranno proporzionalmente distribuite su tutte le richieste;
- il genitore/referente da contattare in caso di bisogno è : \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
cell \_\_\_\_\_

**ALLEGA/ALLEGANO**



**Comune di Sparanise**  
**ENTE CAPOFILA - AMBITO TERRITORIALE SOCIO-SANITARIO C9**

*SPARANISE, CALVI RISORTA, GIANO VETUSTO, CAMIGLIANO, ROCCHETTA E CROCE,  
PIGNATARO MAGGIORE, PASTORANO, CAPUA, BELLONA E VITULAZIO*



**AMBITO TERRITORIALE C9**

1. Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi della legge 104/92 o altra documentazione rilasciata da Enti Pubblici
2. Piano Educativo Personalizzato;
3. documento riconoscimento del richiedente

**Infine dichiara/dichiarano di aver preso visione dell'informativa riportata di seguito e di esprimere il loro consenso al trattamento dei dati e di allegare pertanto un documento di riconoscimento in corso di validità.**

**INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)**

*Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:*

■ **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il **Comune di Sparanise, in qualità di Comune Capofila dell'Ambito C09**, nella persona del legale rappresentante, Dott. Salvatore Martiello, Sindaco del Comune di Sparanise (capofila), domiciliato per la carica in Sparanise, Piazza Giovanni XXIII, 1

■ **Finalità e liceità del trattamento**

Ai sensi dell'art. 6 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento e pertanto il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l'espletamento del servizio.

■ **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29 GDPR 2016/679. Le segnaliamo che ai sensi dell'art. 5 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, i dati conferiti saranno conservati in modo permanente.

■ **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, **salvo le comunicazioni necessarie** che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

■ **Trasferimento dei dati personali**

I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

■ **Esistenza di un processo decisionale automatizzato**

L'Ambito territoriale C9 non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.

■ **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati;
- c) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli dal titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- d) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali;
- e) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati degli stessi;
- f) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Ambito Territoriale Sparanise, Piazza Giovanni XXIII, 1 - pec: protocollo@pec.comunedisparanise.it

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI (Regolamento UE n. 2016/679, Articolo 9)**

Il/la sottoscritto/i \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ in qualità di soggetti aventi patria potestà/tutore legale del minore \_\_\_\_\_ dichiara/dichiarano di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsentono al trattamento dei dati personali, anche sensibili, del proprio figlio/a (minore su cui esercitano la tutela legale) nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all'espletamento del Servizio di Assistenza Scolastica.

Luogo e data

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma (padre/tutore)

Firma (madre/tutrice)