



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE N. 2
"Giovanni Paolo II"

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado

Indirizzo Via Torrente Forno, 58 — 98071 Capo d'Orlando (ME) - Telefono 0941 426051 - Codice fiscale 95008810830 - Codice Meccanografico MEIC83000X - Sito Internet www.icgiovannipaolosecondo.edu.it
- Indirizzo e-mail meic83000x@istruzione.it - Posta Certificata meic83000x@pec.istruzione.it

I.C. - N. 2 "GIOVANNI PAOLO II"
98071 - CAPO D'ORLANDO - ME -
Prot. 0012344 del 20/09/2022
IV (Uscita)

Ai Genitori
alunni portatori di handicap
Tutti i plessi e ordini di scuola
Al Sito

Circolare nr. 32

Oggetto: Richiesta assistenza igienico personale e/o assistente alla comunicazione

Si comunica ai genitori degli alunni sopra menzionati, che necessitano delle tipologie di assistenza indicate in oggetto, di far pervenire richiesta scritta a questo istituto, utilizzando il modulo allegato **entro e non oltre giovedì 22/09/2022.**

Distinti saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa RITA TROIANI

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. Lgs n. 39/1993

OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENZA IGIENICO PERSONALE E/O ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE

_l_sottoscritt_____

nat_a_____il_____residente a_____

in via_____n._____tel._____esercente

la potestà su_____

nat_a_____il_____

CHIEDE

per l'anno scolastico 2022/2023

- IL SERVIZIO DI ASSISTENZA IGIENICO PERSONALE
- IL SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE PER NUMERO ORE SETTIMANALI _____

a favore del___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:

- a) Di essere residente in_____via_____n._____;
- b) Che il/la proprio/a figlio/a è in possesso della Legge 104/92 soggetto portatore di handicap in situazione di gravità in corso di validità;
- c) Che il/la proprio/a figlio/a è in possesso della certificazione della Neuropsichiatria Infantile dell'ASP attestante la non autosufficienza ai fini del servizio;
- d) Che il/la proprio/a figlio/a è iscritto nell'anno scolastico 2022/2023 presso la vostra Scuola plesso_____

Data_____

Firma Genitori

