All'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di _____

OGGETTO: richiesta di attivazione per il servizio di Educativa Specialistica Scolastica e il Servizio di Educativa Territoriale in gestione associata.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il __/__/____ e residente a _____

in Via/Viale/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale_____.

Tel._____ Cell._____

e-mail_____@_____.

CHIEDE

- □ l'attivazione del Servizio di Educativa Specialistica Scolastica in gestione associata per l'anno scolastico 2027;
- □ l'attivazione del Servizio di Educativa Territoriale in gestione associata;

- □ per sé stesso/a
- □ per il minore, in qualità di:
  - □ genitore
  - □ tutore
  - □ altro_____

Del minore:

Nome Cognome _____

nato/a a _____ il ____/_____/_____ e residente a _____

in Via/Viale/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale_____

DICHIARA

- Che il minore frequenta la classe:
  - □ _____ Infanzia;
  - □ _____ Primaria;
  - □ _____ Secondaria di primo grado;

dell'istituto scolastico _____

La famiglia è invitata a indicare la ditta presso la quale intende usufruire del servizio, scegliendola tra quelle di proprio gradimento.

_____

Si precisa che l'Albo delle ditte accreditate è attualmente in fase di predisposizione. Qualora la ditta indicata non risulti successivamente iscritta all'Albo, sarà cura dell'Ufficio di Piano contattare la famiglia per concordare e procedere alla modifica della scelta, individuando una ditta regolarmente iscritta.

DICHIARA

- □ In caso di richiesta riferita a un minore, il genitore dichiara che l'altro genitore è stato informato ed è a conoscenza della presente richiesta.
- □ di essere consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt.75/76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità;
- □ di scegliere, per la fruizione del servizio specificato in oggetto, il seguente fornitore.
- □ di essere a conoscenza del fatto che, se qualora la ditta indicata non risulti successivamente iscritta all'Albo, sarà cura dell'Ufficio di Piano contattare la famiglia per concordare e procedere alla modifica della scelta, individuando una ditta regolarmente iscritta.
- □ di essere a conoscenza dell'informativa allegata sul trattamento dei propri dati personali secondo quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016;
- □ di aver preso visione del Regolamento disciplinante il Servizio di Assistenza Educativa Specialistica e del Servizio di Educativa Territoriale in gestione associata, approvato in Conferenza dei Sindaci del 23/10/2026 e con Delibera di Consiglio Comunale n. 33 del 19.11.2026;
- □ di allegare:
  - Copia del documento di identità e codice fiscale del beneficiario;
  - Copia del documento di identità del richiedente;

Luogo e Data_____

Firma del/la beneficiario/a o del/la richiedente

_____

Parte riservata alla compilazione del Servizio Sociale Territoriale:

Operatore Sociale Comunale:

- □ Dichiara di avvalersi della propria equipe interna di coordinamento;

ORE MENSILI	DURATA (MESI)	DAL	AL	ORE SERVIZIO TOTALI	ORE TOTALI COORD.

Eventuali note:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma dell'operatore sociale Comunale

_____