



CITTÀ DI LADISPOLI

Città Metropolitana di Roma Capitale

RICHIESTA ASSISTENZA O.E.P.A.C. (EX-A.E.C.) ANNO SCOLASTICO 2024 – 2025

Il/La sottoscritto/a..... Residente a
.....in

Via..... Tel.....

Genitore (Tutore) dell'alunno/a..... Iscritto per l'anno scolastico
2024– 2025 alla scuola:

Infanzia Primaria Secondaria 1° Classe/Sezione.....

⊖ Tempo pieno ⊖ Tempo ridotto.

Dell'Istituto Comprensivo

Plesso di Via

Attualmente seguito dal Servizio della ASL:

CHIEDE

Che il/la proprio/a figlio/a sia ammesso/a ad usufruire del Servizio O.E.P.A.C. per l'anno scolastico
2024– 2025.

A tale fine allega:

Certificato di Integrazione Scolastica (CIS) rilasciato dall'Asl territorialmente competente (da
allegare solo in caso di cambio di ciclo scolastico o per i nuovi richiedenti).

Copia verbale riconoscimento handicap ai sensi della L. 104/92 in corso di validità

Altro (decreto di nomina tutore o affidamento esclusivo)
.....

copia del documento d'identità del genitore in corso di validità'.

Si precisa che le domande non correttamente corredate dalla documentazione richiesta e presentate oltre la scadenza dei termini, verranno escluse.

Il sottoscritto presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nell'art. 13 del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196, aggiornato con le modifiche apportate, da ultimo, dal D.L. 2 marzo 2024, n. 19 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Ladispoli, _____

FIRMA
