

Allegato 4

ANAGRAFICA ISTITUZIONE RICHIEDENTE									
NB - (E' obbligatorio fornire tutte le informazioni richieste da colonna B a colonna K)									
CODICE MECCANOGRAFICO Istituzione Scolastica/Formativa richiedente. <i>*(Tale campo non va compilato se ha presentato la richiesta a un Comune/Municipio i. Il ecc ecc)</i>	DENOMINAZIONE Istituzione Scolastica/Formativa a richiedente. <i>*(Per i Comuni/Municipi inserire la propria denominazione es. Municipio i. Il ecc ecc)</i>	SIGLA PROVI NCIA	COMUNE	PARTITA IVA	CODICE FISCALE	PEC	MAIL	FUNZIONE STRUM.LE/REFE RENTE	TEL. CELL

ANAGRAFICA ALUNNI

DATI SCUOLA FREQUENTATA DA ALUNNO		DATI ALUNNO				L.104 e CIS								INSERIMENTO IN CLASSE				DATI RICHIESTA ASSISTENZA														
N. Progressivo alunni	CODICE MECCANOGRAFICO Istituzione Scolastica/Formativa frequentata dall'alunno	DENOMINAZIONE Istituzione Scolastica/Formativa a frequentata dall'alunno	M / F	Alunno/a COGNOME	Alunno/a NOME	Data di nascita (Nota 7)	Nazionali�	Struttura Sanitaria	Codice Diag.stico Pric.	Codice Diag.stico Sec.	Codice Diag.stico Terz.	Legge 104 art.3 Co.1 (Nota 3)	Legge 104 art.3 Co.3 (Nota 3)	Verb. L.104 in corso di validit� (Nota 3)	C.I.S. con assegnazione assistenza sensoriale o Aumentativa (Nota 3)	ciclo scolastico (Nota 4)	Classe (Nota 2)	Sezione	Ore Frequen za alunno	Alunni in classe disab sens.	P.E.I. differenz iato (Nota 3)	*Pluridis abilit� (Nota 3)	RICHIESTA ASS. C.A.A. (Nota 5) compilare il campo solo se si richiede tale tipo di assistenza)	Grado di sordit� espresso in decibel	RICHIESTA ASS. DISAB. UDITIVA (Nota 5) compilare il campo solo se si richiede tale tipo di assistenza)	Grado di cecit� espresso in decimi	RICHIESTA ASS. DISAB. VISIVA (Nota 5) compilare il campo solo se si richiede tale tipo di assistenza)	N. ore di assistenza settimanali ASSEGNATE anno precedente	N. ore di assistenza settimanale RICHIESTE anno 19/20	note scuola		

Nota 1 Formato data gg/mm/aaa
 Nota 2 Indicare le classi e le sezioni in ordine crescente ed in numeri romani (es. I - II - III - IV - V)
 Nota 3 Indicare con una "X" le caselle interessate
 Nota 4 obbligo scelta da men  a terna tra "Nido, Infanzia, Primaria, Secondaria I", Secondaria II"
 Nota 5 compilare la colonna solo se si richiede quel tipo di assistenza sensoriale inserendo "X"
 Il/la sottoscritto/a dichiara di avere acquisito agli atti il consenso degli interessati al trattamento dei loro dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) Privacy 679/2016 cui si fa opportuno rimando e di aver fornito adeguata informativa a norma dell'art. 13 del Regolamento
 Il Legale Rappresentante (firma digitale)