

OGGETTO: Richiesta attivazione Servizio Educativo Territoriale S.E.T.

Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ () in via _____
Tel _____ C.F. _____

C H I E D E P E R S E / O V V E R O P E R

_____ cognome e nome _____
(relazione di parentela)
nato/a _____ il _____ residente _____ ()
Via _____ c.f. _____
Telefono _____

L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO EDUCATIVO TERRITORIALE (S.E.T.)

A TAL FINE DICHIARA

-che il/la minore frequenta:

l'Istituto _____

la classe e sezione _____ della Scuola _____

-che il nucleo familiare è così composto:

| Nome | Cognome | Età | Occupazione | Parentela |
|------|---------|-----|-------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

-che il/la minore attualmente usufruisce dei seguenti servizi:

-che il Servizio Educativo Territoriale viene chiesto per le seguenti motivazioni:

- () Promozione dell'autonomia;
- () Sostegno alla socializzazione;
- () Orientamento scolastico;
- () Problematiche comportamentali;
- () Sostegno scolastico;
- () Supporto genitoriale;

Altro : _____

Di consentire al trattamento dei dati personali, nel rispetto del Vigente Regolamento EU 2016/679;

Il/La richiedente

Allega i seguenti documenti :

- Certificato di invalidità;
- Copia documento d' identità del richiedente;
- certificati medici rilasciati dai servizi specialistici della A.S.L.;
- Certificazione Legge 104/92