

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

Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a MARRUBIU (OR) 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 a MARRUBIU (OR) in
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 (indicare le ore settimanali):

- 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 : _____

N.B. INDICARE LA COOPERATIVA SCELTA

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