

Da trasmettere all'indirizzo email: [inclusione.scolastica@provincia.bt.it](mailto:inclusione.scolastica@provincia.bt.it) entro il 05.05.2025

Al Dirigente del I Settore  
della Provincia di Barletta-Andria-Trani

**OGGETTO:** Richiesta di accesso al SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE LIS PER ALUNNI AUDIOLESI E/O ASSISTENZA TIFLOEDUCATIVA PER ALUNNI VIDEOLESI - A.S. 2025-2026.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ in qualità di genitore

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, frequentante la  
scuola \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_  
sez. \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ indicare grado (infanzia, primaria o secondaria di primo  
grado) \_\_\_\_\_ e avente la seguente diagnosi clinica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ORGANIZZAZIONE VITA SCOLASTICA

Classe di iscrizione per l'anno scolastico per cui si presenta la domanda: \_\_\_\_\_

Programma didattico DIFFERENZIATO  PARITARIO

Tempo scuola NORMALE  RIDOTTO  specificare numero di ore \_\_\_\_\_

Insegnante di sostegno SI  NO  numero ore settimanali \_\_\_\_\_

Nell'anno scolastico precedente ha usufruito del Servizio di Assistenza Specialistica NO  SI

erogato dal COMUNE  dalla PROVINCIA

Richiesta continuità assistente specialistico NO  SI  specificare il nome e cognome dell'assistente  
assegnato per l'anno scolastico precedente \_\_\_\_\_

Insegnante referente: \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

### CHIEDE CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A BENEFICI DEL

Servizio di Assistente alla Comunicazione L.I.S.

Servizio di Assistenza Tifloeducativa

Eventuali necessità specifiche di assistenza indicate nel PEI (ultima redazione):

---

Richieste di specifiche professionalità da parte dell'operatore da assegnare all'alunno:

---

Si allega alla presente istanza, la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del genitore istante;
- Certificazione della situazione di handicap ai sensi della legge n. 104/92 ovvero Certificazione di cecità/sordità.

Data \_\_\_\_\_

Firma Genitore \_\_\_\_\_

Firma Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

### **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

La Provincia di Barletta, Andria, Trani, in qualità di Titolare del Trattamento, tratta i suoi dati nel rispetto della vigente normativa in materia di Protezione dei Dati personali e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza di cui al *Reg UE 2016/679 – GDPR*. Il trattamento sarà effettuato con strumenti sia manuali che informatici e telematici, con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità per cui i trattamenti sono effettuati e comunque in modo da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti. Il trattamento è effettuato nei limiti delle finalità e nell'ambito del presente modulo, in esecuzione dei compiti di interesse pubblico o connessi all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento, al fine esclusivo di valutazione della richiesta di accesso ai servizi in oggetto (*Artt. 6 e 9 GDPR*).

Si ricorda che, in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del Trattamento ai sensi degli artt. da 15 a 22 e dell'art. 34 del GDPR, inviando una mail gli indirizzi in calce. Il Responsabile della Protezione dei Dati o Data Protection Officer (RPD o DPO) è l'Avv. Adamo Brunetti, contattabile all'indirizzo: [a.brunetti@code4com.it](mailto:a.brunetti@code4com.it).

### **DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso l'informativa privacy resa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 (GDPR), nonché di prestare il consenso in ordine al Trattamento dei Dati Personali di cui al presente modulo, nei limiti delle finalità di cui alla succitata informativa.

Firma Genitore \_\_\_\_\_