



## CONVITTO NAZIONALE "PIETRO GIANNONE" e SCUOLE ANNESSE

Piazza Roma, 27 - 82100 Benevento- Tel. 0824 21713

[www.convittonazionalebenevento.edu.it](http://www.convittonazionalebenevento.edu.it)

e-mail: [bnvc01000a@istruzione.it](mailto:bnvc01000a@istruzione.it) - [bnvc01000a@pec.istruzione.it](mailto:bnvc01000a@pec.istruzione.it)

C.F. 80002810622 - Codice Meccanografico BNVC01000A - Codice univoco UFGPI - C.F. 80004690626 - Codice Meccanografico BNMM00800N

### AVVISI/COMUNICAZIONE N. 100/23.24

**Ai sigg. genitori degli alunni interessati  
del Convitto Nazionale "P. Giannone" di Benevento e scuole annesse**

**Agli Atti**

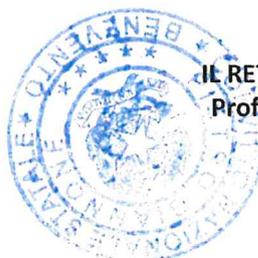
**Oggetto: Richiesta Assistenza Scolastica Specialistica per l'autonomia e la comunicazione Alunni  
Disabili A.S. 2024/2025.**

In riferimento all'oggetto, si comunica alle SS.LL. che il Comune di Benevento attiverà anche per l'anno scolastico 2024/2025 il Servizio di Assistenza Scolastica Specialistica per l'autonomia e la comunicazione Alunni Disabili.

I genitori degli alunni interessati potranno fare richiesta del Servizio di Assistenza Scolastica Specialistica per l'autonomia e la comunicazione Alunni Disabili compilando il modello, allegato alla presente, e restituendolo **in formato PDF entro mercoledì 20 marzo 2024** al seguente indirizzo email: [bnvc01000a@istruzione.it](mailto:bnvc01000a@istruzione.it) specificando nell'oggetto il **cognome** e **nome** dell'alunno/a seguito dalla dicitura **"RICHIESTA SERVIZIO ASS SPEC"**.

Si ricorda, infine, di allegare la seguente documentazione:

1. Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità dei genitori/tutori/affidatari
2. Certificazione L. 104/1992 art.3
3. Diagnosi funzionale ove è esplicitata la necessità dell'intervento.



**IL RETTORE/DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof. ZERELLA VENAGLIA Domenico**

**Al Comune di Benevento Capofila Ambito B1  
Settore Servizi al Cittadino - U.O. 1 Ufficio di Piano**

**Per il tramite dell'Istituto Scolastico \_\_\_\_\_**

**Sede \_\_\_\_\_**

**Oggetto: Richiesta Attivazione Servizio Assistenza Scolastica Specialistica per l'autonomia e la comunicazione Alunni Disabili. Anno Scolastico 2024 – 2025**

**Il/la Sottoscritto/a:**

Cognome	
Nome	
Comune di nascita	
Data di nascita	
Comune di residenza	
Indirizzo di residenza	
Recapito telefonico	
Indirizzo di posta elettronica	
Codice Fiscale	

**in qualità di: \_\_\_\_\_ (indicare il Grado di Parentela)**

dell'alunno/a per il/la quale si chiede la prestazione:

Cognome	
Nome	
Comune di nascita	
Data di nascita	
Comune di residenza	
Indirizzo di residenza	
Codice Fiscale	

**Iscritto/a alla Classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ per l'Anno Scolastico 2024-2025:**

Istituto Scolastico	
Sede	

Recapito telefonico	
Indirizzo di posta elettronica	

### CHIEDE

**L'attivazione del Servizio di Assistenza Scolastica Specialistica per l'autonomia e la comunicazione Alunni Disabili - Anno Scolastico 2024/2025- fornito dal Comune di Benevento Capofila Ambito Territoriale B1, ai sensi dell'art. 13 comma 1 della legge n. 104/1992.**

**Allega alla presente:**

- **Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità;**
- **Certificazione L. 104/1992 art.3;**
- **Diagnosi funzionale ove è esplicitata la necessità dell'intervento.**

*Il sottoscritto dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.*

*Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per le finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo.*

Lì, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_