

**RICHIESTA OPERATORI EDUCATIVI PER L'AUTONOMIA (OEPAC) EX AEC IN FAVORE  
DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' RESIDENTI NEL COMUNE DI FONTE NUOVA  
ANNO SCOLASTICO 2024-2025**

**DATI DEL RICHIEDENTE – Compilazione obbligatoria**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

A \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ nazione \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

N° civico \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

IN QUALITA' DI  GENITORE  AFFIDATARIO  TUTORE

**DEL MINORE:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_

Codice Fiscale / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_

Codice Fiscale / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**ISCRITTO/A PER L'ANNO SCOLASTICO 2023- 2024 PRESSO:**

SCUOLA DELL'INFANZIA plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

sez. \_\_\_\_\_ n. ore settimanali \_\_\_\_\_

SCUOLA PRIMARIA plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

sez. \_\_\_\_\_ n. ore settimanali \_\_\_\_\_

SCUOLA SECONDARIA plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

sez. \_\_\_\_\_ n. ore settimanali \_\_\_\_\_

**Indicare, se possibile, i giorni ed orari di terapia che coincidono con l'orario scolastico**

Giorni della settimana	Orari della terapia
<input type="checkbox"/> Lunedì	
<input type="checkbox"/> Martedì	
<input type="checkbox"/> Mercoledì	
<input type="checkbox"/> Giovedì	
<input type="checkbox"/> Venerdì	
<input type="checkbox"/> Sabato	

**Chiede di poter usufruire del servizio OEPAC in favore del proprio figlio per l'anno scolastico 2023/2024**

**A TAL FINE ALLEGA ALLA PRESENTE**

- Fotocopia del documento di identità e del codice fiscale in corso di validità del richiedente e del minore
- Fotocopia del verbale di riconoscimento disabilità ai sensi della Legge 104/1992 e del verbale di invalidità civile OPPURE
- Fotocopia domanda per il riconoscimento disabilità ai sensi della Legge 104/1992
- CIS (Certificato di Integrazione Scolastica) e Profilo di Funzionamento del minore rilasciato dalla ASL

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13-14 DEL GDPR 2016/679 (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION).**

Si informa che i dati personali forniti ed acquisiti saranno oggetto di trattamento a fini della normativa e nel rispetto dei diritti e obblighi conseguenti.

Specifichiamo quanto segue:

- a) **Finalità del Trattamento:** i dati personali, forniti anche verbalmente, saranno trattati esclusivamente per le finalità gestionali del servizio richiesto: pianificazione, erogazione, monitoraggio e verifica.
- b) **Modalità del Trattamento:** il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti cartacei, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi;
- c) **Conferimento e rifiuto:** il conferimento dei dati personali è obbligatorio, e necessario per l'erogazione del servizio. L'eventuale rifiuto di corrispondere i propri dati non consente l'istruttoria finalizzata all'erogazione del servizio
- d) **Comunicazione e diffusione:** i dati forniti saranno comunicati al personale addetto all'erogazione del servizio, al personale amministrativo (per i dati di competenza), agli Enti Pubblici in adempimento agli obblighi e alle finalità espressamente previsti dalla legge.
- e) **Conservazione:** i dati saranno conservati per il periodo necessario all'espletamento dell'attività.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del del GDPR 2016/679, il diritto di:

- a) Chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali.
- b) Ottenere le indicazioni circa la finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati comunicati, il periodo di conservazione.
- c) Chiedere l'accesso ai dati personali, ottenerne la cancellazione con "diritto all'oblio", aggiornare, rettificare ovvero integrare i dati, ottenere la limitazione del trattamento.
- d) Ottenere la portabilità dei dati, intesa come diritto ad ottenere dal titolare del trattamento i dati, in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento e senza impedimenti.

- e) Revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- f) Proporre un reclamo ad un'autorità di controllo .

Io sottoscritto /a .....alla luce dell'informativa che precede:

esprime il consenso  non esprime in consenso al trattamento dei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati

esprime il consenso  non esprime in consenso alla comunicazione dei dati personali ad Enti pubblici

Luogo ..... Data.....

Firma .....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

