**RILEVAZIONE DEL FABBISOGNO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA ALLIEVI/E**

**CON DISABILITA’ E ALTRI BES**

**Anno scolastico 2023/24** Data ………….……

|  |
| --- |
| Denominazione ISTITUTO  Mail istituto  Telefono istituto  Referente H mail e cellulare  Nome della cooperativa dell’educativa a.s. 2021/22  Referente cooperativa dell’educativa a.s. 2021/22 mail  DSGA mail |

Il/la sottoscritto/a …………………… …………………………………..., Dirigente scolastico/a dell’Istituto……………………………………, sito in……………………………………….., richiede il servizio di supporto educativo/operatore sociosanitario per i seguenti alunni/e:

NOME E COGNOME DEGLI ALUNNI/E:

1)

2)

3)

4)

…….

PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI N. ………………. ALUNNI/E DELL’ISTITUTO

**Per tutti gli/le alunni/e si invierà alla referente del Diritto allo studio il file in excel denominato RIEPILOGO\_RIBES\_2023\_24**: file riepilogativo dell’intero istituto, in cui sono specificati nel dettaglio i dati e i motivi della richiesta per ogni singolo/a alunno/a.

Il/La sottoscritto/a Dirigente scolastico/a è a ciò autorizzato/a da parte della famiglia o dell’interessato/a se maggiorenne.

Firma del/lla Dirigente Scolastico/a

…………………………………………………..

I dati riportati nel presente modulo saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 196 del 2003 (Codice del trattamento dei dati personali) e dal Regolamento Europeo GDPR n. 679 del 2016, limitatamente per lo svolgimento e le finalità previste dal progetto di supporto a distanza, come da informativa visionabile all'indirizzo internet

<http://www.cittametropolitana.torino.it/cms/risorse/ifp/dwd/istruzione/Informativa_sul_trattamento_dei_dati_personali_Dipartimento_VA_marzo_2019.pdf>