

Al Signor Presidente
dell'Amministrazione Provinciale
Piazza Simonetti 36
63100 Ascoli Piceno

Oggetto: Ammissione all'assistenza minore non udente.....

Il/La sottoscritto/a (c.f.....), in qualità di
.....del minore....., nato/a a..... il e
residente in.....Via.....n.....,(Tel._____)
affetto/a da....., frequentante, chiede che gli/le
vengano concessi i benefici previsti da codesta Amministrazione in favore dei non
udenti in terapia logopedica e psicomotoria.

Si allega copia del certificato medico rilasciato da.....

Distinti saluti.

Ascoli Piceno,

Firma

IL/La sottoscritt _____

DIACHIARA

di essere informato ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.Lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, elusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda

RILASCIA

il consenso al loro utilizzo nei limiti sopra riportati.

_____, lì _____

FIRMA _____