

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

**Oggetto:** Ammissione all'assistenza minore non vedente .

Il/La sottoscritto/a (c.f. \_\_\_\_\_), in qualità di \_\_\_\_\_  
del minore \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_, (tel. \_\_\_\_\_) affetto da  
\_\_\_\_\_ ha necessità di affiancare il/la proprio/a figlio/a di un'assistente  
domiciliare per il sostegno post scolastico. Chiede pertanto che le vengano concessi i  
benefici previsti da codesta Amministrazione in favore dei non vedenti.

Chiede altresì il rimborso dei sussidi didattici necessari, facendo presente che il  
ragazzo frequenta \_\_\_\_\_.

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

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

Firma

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_

DIACHIARA

*di essere informato/a 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.*

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_