

RICHIESTA DI INTERVENTO DI FACILITAZIONE LINGUISTICA A SCUOLA

(da inviare via e-mail all'Assistente Sociale del Comune di residenza dell'alunno/a)

MOD 401 03
rev. 0
pag. 1/2

Il/La sottoscritto/a:	Ruolo:		
Istituto Scolastico:	Plesso Scolastico:		
Tel:	E-mail:	Pec:	

chiede l'intervento di un/a facilitatore/facilitatrice linguistico

Per l'alunno/a:	M ☐ F ☐
Codice fiscale:	Data di nascita:
Residente nel Comune di:	Via: n°
Arrivato/a in Italia in data:	Inserito/a in questa scuola in data:
Paese di provenienza:	Nazionalità:
Madrelingua:	Conoscenza lingua italiana:
Altre lingue parlate:	Note:
Famigliare di riferimento:	Tel/Cell:

Per l'alunno/a:	M ☐ F ☐
Codice fiscale:	Data di nascita:
Residente nel Comune di:	Via: n°
Arrivato/a in Italia in data:	Inserito/a in questa scuola in data:
Paese di provenienza:	Nazionalità:
Madrelingua:	Conoscenza lingua italiana:
Altre lingue parlate:	Note:
Famigliare di riferimento:	Tel/Cell:

Per l'alunno/a:	M ☐ F ☐
Codice fiscale:	Data di nascita:
Residente nel Comune di:	Via: n°
Arrivato/a in Italia in data:	Inserito/a in questa scuola in data:
Paese di provenienza:	Nazionalità:
Madrelingua:	Conoscenza lingua italiana:
Altre lingue parlate:	Note:
Famigliare di riferimento:	Tel/Cell:

Per l'alunno/a:	M ☐ F ☐
Codice fiscale:	Data di nascita:
Residente nel Comune di:	Via: n°
Arrivato/a in Italia in data:	Inserito/a in questa scuola in data:
Paese di provenienza:	Nazionalità:
Madrelingua:	Conoscenza lingua italiana:
Altre lingue parlate:	Note:
Famigliare di riferimento:	Tel/Cell:

Per l'alunno/a:	M ☐ F ☐
Codice fiscale:	Data di nascita:
Residente nel Comune di:	Via: n°
Arrivato/a in Italia in data:	Inserito/a in questa scuola in data:
Paese di provenienza:	Nazionalità:
Madrelingua:	Conoscenza lingua italiana:
Altre lingue parlate:	Note:
Famigliare di riferimento:	Tel/Cell:

per le seguenti attività:

ALUNNI/E NAI e ALTRI/E ALUNNI/E STRANIERI/E	
☐	Facilitazione linguistica - Insegnamento della lingua italiana L2 (pacchetto indicativo di 10 h)
☐	Consulenza su materiali utili per l'apprendimento della lingua italiana L2
☐	Consulenza su singoli/e alunni/e o situazioni di classe
☐	Relazione finale degli interventi per Assistente Sociale (1 h)
☐	Altro o note:

REFERENTE DELLA SCUOLA (obbligatorio, al fine di poter esser contattato dal/la facilitatore/facilitatrice per concordare giorni e orari dell'intervento)

Cognome	Nome
E-mail	Tel/Cell

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali il Comune di Mira, Titolare del trattamento, informa che i dati e le informazioni degli interessati raccolti attraverso il presente modulo sono trattati dall'Ente per finalità connesse e strumentali all'esperimento del servizio richiesto. I dati potranno essere resi accessibili alle risorse del Titolare (nella loro qualità di autorizzati al trattamento) e a soggetti terzi (come: consulenti, assicurazioni, istituti di credito, altri Enti, ecc.) che svolgono attività in outsourcing per conto del Titolare, nella loro qualità di responsabili o Titolari autonomi del trattamento. I dati in questione non saranno oggetto di diffusione, salvo che non sia previsto da una norma di legge o di regolamento o dalla normativa dell'Unione Europea (ad esempio Amministrazione Trasparente e Albo Pretorio). I dati saranno oggetto di archiviazione e conservazione per la durata prevista dalla legge. Tali attività avvengono ai sensi dell'art. 6.1e) GDPR e art. 9 (esercizio di pubblici poteri), dell'art. 6.1b) GDPR (Adempimento di un contratto) e art. 6.1c) GDPR (Trattamento necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento). Saranno garantiti i diritti previsti dagli art. 15 e ss del GDPR, che potranno essere esercitati con la modulistica messa a disposizione sul sito istituzionale, ove troverete ulteriori informazioni sul trattamento dei dati e i riferimenti del Responsabile della Protezione dei dati (DPO) che l'Ente ha nominato.

Data di richiesta della Scuola Timbro e Firma del/della richiedente:

Data di approvazione Si approva la richiesta
Firma Assistente Sociale

Protocollo 0041628 del 03-09-2025