

**RICHIESTA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA PER GLI
ALUNNI CON DISABILITA'**

(modulo da compilare e restituire al Dirigente scolastico)

AL COMUNE DI
SERVIZIO POLITICHE DI INCLUSIONE SOCIALE

Il sottoscritto.....nato a
il..... residente a.....via.....n.....
cap.....tel..... Celle-
mail.....

La sottoscritta.....nata a
il..... residente a.....via.....n.....
cap.....tel..... Celle-
mail.....genitore/tutore
dell'alunno/a..... nato a il.....
.....frequentante l'istituto scolastico.....
anno scolastico.....

CHIEDONO

di poter usufruire del servizio di Assistenza Specialistica per il proprio figlio/a.

DICHIARANO

- che il proprio figlio/a è portatore di handicap ai sensi della legge 104/92;
- di aver già usufruito del servizio di assistenza specialistica presso la scuola.....
nell'anno scolastico.....

ALLEGANO

Diagnosi Funzionale che attesti la necessità di intervento da parte dell'Ente Locale (art. 9 comma 1 della legge 104/92).

Eventuali comunicazioni utili:

Data

Firma

Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196. modificato ed integrato dal D.lgs. n.101/2018, e del Regolamento UE n.679/2016

Firma

SCHEDA PROGETTO

Descrizione del bisogno sulla base della disabilità

Principali aree di autonomie personale su cui intervenire

Obiettivi raggiunti dall'alunno nel suo percorso scolastico:

Obiettivi per il nuovo anno scolastico:

Modalità operative

Descrizione dell'ambito di intervento dell'Assistente Specializzato

Piano economico

Voce di spesa	quantità	Costo unitario	Costo totale
totale			

Il Dirigente scolastico

Data _____

Timbro e Firma _____