

INTESTAZIONE SCUOLA

Oggetto: Richiesta di attivazione/prosecuzione del Servizio di Integrazione Scolastica per l'allievo/a in situazione di handicap – anno scolastico 20__/__

Cognome e Nome allievo/a (iniziali) _____

Luogo e data di nascita _____

Ai sensi della vigente normativa di seguito indicata:

D.P.R. n. 616/77; art. 13 comma 3, Legge n. 104/92; D.Lvo n. 297/94; art. 14, legge n. 328/00; Protocollo d'Intesa tra Ministero P.I., ANCI e OO.SS del 13.09.2001; Nota ministeriale del 30.11.2001, prot. 3390; Legge Regionale Lombardia n. 31/80,

si richiede

l'attivazione

la prosecuzione

del Servizio di Integrazione Scolastica per l'allievo/a sopra indicato che mostra difficoltà prevalentemente nella sfera:

Affettivo – relazionale

dell'Autonomia

Comunicazionale - linguistica

Motorio - prassica

Cognitiva

Altro _____

L'allievo/a di cui all'oggetto, frequenta la classe _____ della scuola _____ per n. _____ ore settimanali.

Le ore settimanali di sostegno didattico assegnate alle classe sono n. _____

Altre risorse già attivate dalla Scuola (es. personale ATA) _____

La richiesta di attivazione del servizio è giustificata dalla documentazione¹ rilasciata da:

UONPIA dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Vimercate – Ospedale di Desio

La Nostra Famiglia di _____

altro Ente (specificare) _____

¹ Se è una richiesta di attivazione allegare la Diagnosi Funzionale.

Altri elementi:

n. bambini in classe _____

presenza di altri minori con certificazione di handicap o con diagnosi funzionale

no

si specificare il tipo di diagnosi _____

presenza sulla classe di ore di compresenza

no

si numero ore _____

Si è a conoscenza di altri interventi già in atto per l'alunno/a o per il nucleo familiare

no

si specificare il tipo di intervento _____

Eventuali note: _____

In base a quanto riportato si chiede la possibilità di attivare il servizio per un monte ore (indicativo) di _____ .

	Nome e Cognome	Firma
Il Dirigente Scolastico		
Gli Insegnanti di Classe		

Luogo e data _____

Noi sottoscritti, (nome e cognome dei genitori dell'alunno/a) _____

genitori/tutori dell'alunno/a di cui sopra, autorizziamo la scuola all'inoltro della presente
modulistica al Comune di residenza.

Per eventuali comunicazioni è possibile contattarci ai seguenti recapiti:
indirizzo

Telefono

Luogo e data _____

Firma
