ALLEGATO 1

"AMBITO TERRITORIALE N. 3 NARDÒ"
Nardò - Copertino - Galatone - Leverano - Porto Cesareo - Seclì

Spett.le Ambito Territoriale
Sociale nr. 3 – Nardò
Responsabile Ufficio di Piano

OGGETTO: Servizio di Integrazione Scolastica per disabili frequentanti gli istituti di Scuola dell'Infanzia e della Scuola Primaria - Anno Scolastico 2023-2024.

Il/La sottoscritto/a

Cognome_____Nome_____

Data e Luogo di nascita_____residente a _____

in via/piazza_____n._____Telefono/Cellulare_____

email_____Nella sua qualità di _____

dell'alunno/a di cui si indicano le seguenti generalità anagrafiche:

Cognome_____Nome_____

Data e Luogo di nascita_____residente a _____

in via/piazza_____n._____

Scuola da frequentare nell'anno scolastico 2023/2024:

- SCUOLA DELL'INFANZIA
- SCUOLA PRIMARIA
- SCUOLA SECONDARIA DI 1°

Istituto Comprensivo:_____

Nome del Plesso _____

Classe e Sezione da frequentare _____

In possesso di certificazione, rilasciata ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92, attestante la gravità della disabilità

CHIEDE

Che l'Ambito Territoriale Sociale in indirizzo, valuti la presente domanda per l'accesso al Servizio di Integrazione Scolastica Specialistica a favore di nuclei familiari con alunni disabili.

A TAL FINE, DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. N° 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazione mendaci, di ben conoscere i requisiti d'accesso al servizio;

- che i dati anagrafici sopra riportati sono corrispondenti al vero.

_____, lì _____

Firma

ALLEGA:

a) Certificazione INPS, rilasciata ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92, circa la condizione della disabilità (certificazione di invalidità leggibile e aggiornata);
b) Definizione da parte dell'unità multidisciplinare servizio di Riabilitazione DSS/ASL della Diagnosi Funzionale ed eventuale elaborazione del Profilo Dinamico Funzionale dell'utente, rilasciato dai competenti Servizi Specialistici della ASL – LE;
c) Definizione e condivisione PEI da parte del gruppo GLHI interistituzionale, in relazione agli indirizzi uniformi regionali sul massimo di ore di prestazione erogabile;
d) copia della attestazione ISEE o DSU in corso di validità solo per i nuclei familiari che non superano la soglia di € 9.360,00;
e) Eventuale ulteriore documentazione sanitaria, ritenuta utile e/o opportuna ai fini della definizione dei bisogni dell'utente nel processo di inclusione;
f) Fotocopia di valido documento d'identità del familiare;
g) Fotocopia del valido documento d'identità d'identità dell'alunno/a.

SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI RESIDENZA ED ALLA SCUOLA DI APPARTENENZA

Specificare se il minore è in carico al Servizio Sociale Comunale:_____

_____

_____

Indicare la/e figura/e professionale/i richiesta/e:

- Operatore Socio Sanitario
- Educatore Professionale
- Specificare se vi è assegnazione della figura dell'insegnante di Sostegno
- Altro

_____, *lì* _____

Firma dell'Assistente Sociale