

Riservato al Comune  
(timbro protocollo)

SPETT.LE COMUNE DI ERBA

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: **RICHIESTA DI ASSISTENZA AD PERSONAM a.s. 20../20..**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ dell'istituto scolastico \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'attivazione del servizio di assistenza scolastica ad personam per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali a supporto del percorso scolastico dell'alunno indicato nell'allegato A

◆ Obiettivi ed attività previsti con la presenza dell'operatore:


◆ Eventuali attività di continuità e/o orientamento per il passaggio ad altro ordine di scuola, alla formazione professionale o ad altro servizio

--

Il Dirigente scolastico

Luogo e data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA OBBLIGATORIA:**

- verbale di accertamento dello stato di handicap
- diagnosi funzionale
- relazione specialistica nel caso di disabilità in accertamento

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_ in qualità di familiare esercente la potestà per il minore indicato nell'allegato A dichiara di essere a conoscenza della richiesta di attivazione del servizio di assistenza ad personam presentata dal dirigente scolastico e ne condivide le finalità. Autorizza contestualmente la scuola a consegnare copia del PEI redatto in collaborazione tra corpo docenti ed educatore professionale, all'assistente sociale del Comune di Erba.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

## **Allegato A**

### **Alunno per il quale si chiede il supporto educativo**

Alunno \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente ad Erba in via \_\_\_\_\_

Iscritto per l'anno scolastico 2017/2018

Scuola \_\_\_\_\_ Classe – sezione \_\_\_\_\_

Referente per il gruppo insegnante \_\_\_\_\_

### **L'alunno/a segue:**

- programma curriculare
- programma semplificato
- programma differenziato

N° alunni classe \_\_\_\_\_

Modulo \_\_\_\_\_

### **Interventi attivati nell'anno scolastico precedente (se frequentante)**

Insegnante di sostegno	n° _____ ore settimanali
Educatore	n° _____ ore settimanali
Collaboratore scolastico dedicato per assistenza all'igiene e all'autonomia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ore aggiuntive di personale interno alla scuola	n° _____ ore settimanali con rapporto individuale n° _____ ore settimanali di compresenze nel gruppo classe
Altre figure (specificare) _____	n° _____ ore settimanali

### **Interventi previsti per l'anno scolastico 2014/2015**

Insegnante di sostegno	n° _____ ore settimanali
Collaboratore scolastico per assistenza all'igiene e all'autonomia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ore aggiuntive di personale interno alla scuola	n° _____ ore settimanali con rapporto individuale n° _____ ore settimanali di compresenze nel gruppo classe
Altre figure (specificare)	n° _____ ore settimanali