

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 **Dirigente Scolastico** dell'Istituto Comprensivo Statale "Mons. Pirovano" Via Crispi 22 – Merone tel. 031 650037 – fax 031 651052 – e_mail certificata: coic840002@pec.istruzione.it

CHIEDE

l'attivazione del servizio di assistenza scolastica ad personam per n° _____ ore settimanali a supporto del percorso scolastico dell'alunno/a indicato/a 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/La sottoscritta _____ residente a _____ in via _____ recapito telefonico _____ in qualità di familiare esercente la potestà per il minore/la minore indicato/a 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 _____

Il sottoscritto/La sottoscritta _____ residente a _____ in via _____ recapito telefonico _____ in qualità di familiare esercente la potestà per il minore/la minore indicato/a 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/a per il quale/la quale si chiede il supporto educativo

Alunno/a _____ nato/a il _____ a _____

Residente ad Erba in via _____

Iscritto/a per l'anno scolastico 20___/20___

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	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ore aggiuntive di personale interno alla scuola	n° _____ ore settimanali con rapporto individuale n° _____ ore settimanali di presenze nel gruppo classe
Altre figure (specificare) _____	n° _____ ore settimanali

Interventi previsti per l'anno scolastico 20___ /20___

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