

**Riservato al Comune**

(timbro protocollo)

**SPETT.LE COMUNE DI:  
MERONE / MONGUZZO / LAMBRUGO**

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: **RICHIESTA 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](mailto: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
- Eventuale riconoscimento legge 104/92

<p>Il sottoscritto/La sottoscritta _____ residente a _____ in via _____ recapito telefonico _____ in qualità di familiare esercente la potestà per il minore/la minore indicato/a 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.</p> <p>Luogo e data, _____ In fede _____</p> <p>Il sottoscritto/La sottoscritta _____ residente a _____ in via _____ recapito telefonico _____ in qualità di familiare esercente la potestà per il minore/la minore indicato/a 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.</p> <p>Luogo e data, _____ In fede _____</p>
---

**ALLEGATO A****Alunno/a per il/la quale si richiede il supporto educativo**

Alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Iscritto/a per l'anno scolastico **20.../ 20...**

Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

Referente per il gruppo Docente: ins. \_\_\_\_\_

**L'alunno/a segue:**

- programma curriculare
- programma semplificato
- programma differenziato

N° alunni classe

Modulo ore settimanali

**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 compresenza nel gruppo classe
Altre figure (specificare)	n° ore settimanali

**Interventi previsti per l'anno scolastico 20.../20...**

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 compresenza nel gruppo classe
Altre figure (specificare)	n° ore settimanali