**Domanda di attivazione del servizio di assistenza come da "Foglio informazioni riguardanti le necessità assistenziali alunni disabili" per l’Anno Scolastico 2020/2021**

**(D.G.R. 6832/2017 e 7924/2018)**

**Al dirigente scolastico**

**dell'I.C. P.Pio da Pietrelcina - ISPICA**

**RICHIESTA DI INTERVENTO A FAVORE DELLO STUDENTE**

Cognome: Nome:

Nato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita:|\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| CF: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

 (giorno) (mese) (anno)

Comune di residenza:

Indirizzo: Nazionalità:

**DATI DEL GENITORE O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE:**

Grado di parentela □ madre □ padre □ altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome Nome

Comune di residenza:

Indirizzo: Nazionalità:

Telefono: Cell.:

email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SULLA SCUOLA ANNO SCOLASTICO 2020/2021:**

□ infanzia □ primaria □ secondaria I grado

Classe/sezione frequentata a.s. 2020/2021: \_\_\_\_\_\_\_

Plesso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel:0932793318 E mail: rgic83000c@istruzione.it

**TIPOLOGIA DI PRESA IN CARICO:**

□ intervento di nuova attivazione

□ rinnovo domanda senza variazioni rispetto all’anno scorso

□ rinnovo domanda con variazioni rispetto all’anno scorso

**Il sottoscritto genitore/ tutore dell’alunno sopraindicato richiede**

**Gli interventi di assistenza come di seguito specificato**

|  |
| --- |
| **Gli interventi riguardano (come indicato sul "foglio informazioni riguardanti le necessità assistenziali alunni disabili" allegato alla Diagnosi Funzionale):** |
| □ |  **assistenza di base** |
| □ | **servizio trasporto** |
| □ | **assistenza specialistica (assistente all'autonomia)** |

A tal fine, alla presente allega:

-foglio informazioni riguardanti le necessità assistenziali alunni disabili rilasciato dall'ASP RAGUSA ( UNITA' MULTIDISCIPLINARE via A. Moro tel. 0932448076)

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prot. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma:

Data e luogo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_