

Ai Dirigenti degli Istituti Scolastici
esistenti nei comuni
Dell'Ambito S9
Loro sedi

Ai collaboratori
del Segretariato sociale
Ambito S9

P.c. Ai Sindaci dei Comuni
dell'Ambito S/9

P.c. Ai collaboratori
del Segretariato sociale
Servizio sociale professionale
Ambito S9

OGGETTO: Servizio "integrazione scolastica degli alunni con disabilità".
Anno scolastico 2018/2019.

Con riferimento all'oggetto, al fine di effettuare l'analisi del bisogno di assistenza specialistica scolastica in favore degli alunni con disabilità delle scuole dell'Infanzia, Primarie e Secondarie di I grado dell'Ambito S/9 per l'anno scolastico 2018/2019, l'Ufficio di Piano intende invitare le famiglie e/o i tutori degli alunni con disabilità (L. 104/92 art. 3 comma 3) a fare richiesta del servizio di cui sopra.

Visto l'Accordo di Programma per l'espletamento del servizio di integrazione scolastica agli alunni con disabilità, sottoscritto con codesto Ente, si invitano le SS. LL alla riunione di concertazione programmata per martedì 12 giugno 2018 alle ore 10,00 presso l'Ufficio di Piano Ambito S/9.

Durante la riunione verrà presentata la procedura per l'analisi del bisogno di Assistenza specialistica e la relativa modulistica - Modulo A e Modulo B -

Tanto al fine di programmare una effettiva integrazione scolastica per ciascun alunno in situazione di handicap.

Sapri, 5 giugno 2018

Il Coordinatore del Segretariato sociale
(Dr. Antonio Viora)

La Coordinatrice dell'Ufficio di Piano
(Rag. Gianfranca Di Luca)

**DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA
SCOLASTICA A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA'**

MODULO A - RICHIESTA GENITORI/TUTORI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/___
e residente _____ (padre/tutore¹ del minore)

e la sottoscritta _____ nata a _____ il ___/___/___
e residente _____ (madre/tutrice² del minore)

in qualità di esercente/i la potestà genitoriale

CHIEDE/CHIEDONO

che il minore _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e
residente in _____,

Iscritto/a per il prossimo anno scolastico 2018-2019 presso la :

- Scuola dell'infanzia: classe _____ sezione _____
- Scuola Primaria: classe _____ sezione _____
- Scuola Secondaria di I grado: classe _____ sezione _____

dell' Istituto _____ plesso _____

possa beneficiare del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per l'a.s. 2018/19.

Altresì ai fini della predisposizione del progetto educativo:

DICHIARA/DICHIARANO (barrare le voci utili)

che il/la minore:

- è in possesso del Certificato L. 104/92;
- ha già usufruito del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per l'a.s. 2017/18;
- non ha mai usufruito del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica;
- usufruisce di un Piano Educativo Individualizzato - PEI;
- frequenta attività extrascolastica di riabilitazione (psicomotricità, logopedia, terapia occupazionale, altro). Indicare il trattamento in corso _____;
- necessita di assistenza farmacologica nell'orario scolastico.

¹ Barrare la voce che non serve

² Barrare la voce che non serve

ALLEGA/ALLEGANO

- Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi della legge 104/92 L. 104/92

Infine dichiara/dichiarano di aver preso visione dell'informativa riportata di seguito e di esprimere il loro consenso al trattamento dei dati e di allegare pertanto un documento di riconoscimento in corso di validità.

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI (D.Lgs. 30.6.2003, n. 196)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196, ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- *il trattamento è indispensabile ai fini dell'attivazione del servizio di cui in intestazione;*
- *i dati personali saranno conservati negli archivi dell'Ente Locale in forma cartacea, elettronica e nelle altre modalità ritenute idonee per gli scopi perseguiti;*
- *i dati anagrafici potranno essere comunicati, nei casi e nei modi previsti dal D.Lgs. 196/2003, per quanto di competenza, ad altri enti che collaborano alla gestione del servizio;*
- *i dati forniti verranno utilizzati esclusivamente per le finalità di interesse pubblico inerenti le attività svolte dall'ente locale e quindi nel dettaglio, ma non esaustivamente, nella gestione delle pratiche amministrative e normative legate al servizio di assistenza scolastica;*
- *i diritti dell'interessato in relazione ai dati personali raccolti sono quelli di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003: diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati, di conoscerne il contenuto, l'origine, di verificarne l'esattezza e/o chiederne l'integrazione e/o l'aggiornamento, oppure la rettificazione, la cancellazione, di chiederne il blocco ed opporsi al trattamento dei dati personali, se utilizzati in violazione di legge;*
- *il trattamento è svolto da personale dell'Ente attuatore del Servizio, che è titolare del trattamento dei dati;*
- *i dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (D.Lgs. 30 luglio 1999, n. 281).*

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI (D.Lgs. 30.6.2003, n. 196)

I sottoscritti _____ e _____ in qualità di soggetti aventi patria potestà/tutore legale del minore _____

dichiarano/dichiara di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali (D.Lgs 30/06/03 n.196) ed espressamente acconsentono al trattamento dei dati personali, anche sensibili, del proprio figlio/a nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all'espletamento del Servizio di Assistenza Scolastica.

Luogo e data

Firma (padre/tutore)

Firma (madre/tutrice)

MODULO B PROPOSTA ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA'

ISTITUTO SCOLASTICO: _____

Indirizzo (via) _____ n. _____ Comune di: _____

Telefono: _____ Fax: _____ e-mail: _____ pec: _____

Docente Referente: _____ Recapiti Docente Referente _____

L'Istituto, acquisita richiesta scritta da parte degli esercenti la potestà (Modulo A), con la presente

CHIEDE

L'attivazione del servizio in oggetto per l'anno scolastico 2018/2019 e per gli alunni indicati nella tabella allegata alla presente istanza.

Inoltre, si allega per ogni alunno indicato la richiesta dei genitori/tutori sottoscritta e firmata (Modulo A).

Luogo e data

Il Dirigente Scolastico



PIANO SOCIALE DI ZONA
Ambito S/9 Comune capofila Sapi

Via Villa Comunale, 1 - 84073 Sapi (SA)
Telefono 0973.605542 - Fax 0973.605541
www.pianosociales9.it * e-mail:
info@pianosociales9.it - pec
pianosociales9@pec.it

ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA'

ISTITUTO SCOLASTICO: _____

N.	ALUNNO	GRADO	CLASSE	PLESSO	FIGURA DA GLH
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Luogo e data

Il Dirigente Scolastico

Comuni dell'Ambito territoriale S9
Alfano - Camerota - Casaleto Spartano - Caselle in Pittari - Celle di Bulgheria - Centola - Ispani - Morigerati - Roccegriosa - Rofrano - Santa Marina - San Giovanni a Piro - Sapi -
Torraca - Torre Orsaia - Tortorella - Vibonati