



ALLEGATO 1

“AMBITO TERRITORIALE N. 3 NARDÒ”
Nardò - Copertino - Galatone - Leverano - Porto Cesareo - Seclì

Spett.le
Ambito Territoriale Sociale n. 3 – Nardò
Responsabile Ufficio di Piano

OGGETTO: Servizio di **Integrazione Scolastica** per disabili frequentanti gli istituti di Scuola dell’Infanzia, della Scuola Primaria e Secondaria di primo grado - **ANNO SCOLASTICO 2024/2025.**

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Data e Luogo di nascita _____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

Telefono/Cellulare _____ e-mail _____

Nella sua qualità di _____

dell’alunno/a di cui si indicano le seguenti generalità anagrafiche:

Cognome _____ Nome _____

Data e Luogo di nascita _____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

SCUOLA DA FREQUENTARE NELL’ANNO SCOLASTICO 2024/2025:

- SCUOLA DELL’INFANZIA**
- SCUOLA PRIMARIA**
- SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

Istituto Comprensivo: _____

Nome del Plesso: _____

Classe e Sezione da frequentare nell' a.s. 2024/2025: _____

In possesso di **certificazione, rilasciata ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92**, attestante la gravità della disabilità (aggiornata e in corso di validità),

CHIEDE

che l'Ambito Territoriale Sociale in indirizzo, valuti la presente domanda per l'accesso al Servizio di Integrazione Scolastica Specialistica a favore di nuclei familiari con alunni disabili.

A TAL FINE, DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci, di ben conoscere i requisiti d'accesso al servizio;

- Che i dati anagrafici sopra riportati sono corrispondenti al vero.

_____, li _____

Firma

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- a) **Certificazione INPS, rilasciata ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92**, circa la condizione della condizione disabilità (certificazione di invalidità leggibile, aggiornata e in corso di validità);
- b) Definizione da parte dell'unità multidisciplinare servizio di Riabilitazione DSS/ASL della **Diagnosi Funzionale** ed eventuale elaborazione del **Profilo Dinamico Funzionale** dell'utente, rilasciato dai competenti Servizi Specialistici della ASL/LE;
- c) Definizione e condivisione **PEI** da parte del gruppo GLHI interistituzionale, in relazione agli indirizzi uniformi regionali sul massimo di ore di prestazione erogabile;
- d) copia della **attestazione ISEE o DSU** in corso di validità solo per i nuclei familiari che non superano la soglia di € 9.360,00;
- e) Eventuale ulteriore documentazione sanitaria, ritenuta utile e/o opportuna ai fini dell'definizione dei bisogni dell'utente nel processo di inclusione;
- f) Fotocopia di valido **documento d'identità del familiare**;
- g) Fotocopia di valido **documento d'identità dell'alunno/a**.

**SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI RESIDENZA
ED ALLA SCUOLA DI APPARTENENZA**

Specificare se il minore è in carico al Servizio Sociale Comunale (SI/NO): _____

Indicare la figura professionale richiesta, che verrà assegnata secondo le necessità individuate dall'ASL:

- Operatore Socio Sanitario
- Educatore Professionale
- Specificare se vi è assegnazione della figura dell'insegnante di Sostegno
- Altro

_____, li _____

Firma dell'Assistente Sociale
