

Ad uso interno

Documento in carico a:  
Distretto Padova Piovese  
UOC Disabilità e Non autosufficienza

Uff. Disabilità Sensoriale (c/o  
Complesso Socio Sanitario Colli)

**RICHIESTA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICA INTEGRATIVA  
A FAVORE DI ALUNNI / STUDENTI CON DISABILITÀ SENSORIALE**

PRIMA DOMANDA

RINNOVO DOMANDA

**Per l'alunno/studente:**

Cognome..... Nome.....

Nato/a a .....il .....

residente nel comune di .....c.a.p. ....

via.....nr. ....

Affetto da:  **DISABILITÀ VISIVA**  **DISABILITÀ UDITIVA**

**Il/La sottoscritto/a in qualità di:**

- genitore**
- tutore**
- studente maggiorenne (non compilare i dati sottostanti)**

Cognome ..... Nome .....

nato/a a .....il .....

residente nel comune di .....c.a.p. ....

via.....nr. ....

telefono.....e-mail .....

Consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci dall'art.76 del Decreto del Presidente della Repubblica n.445/2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa",

**DICHIARA**

che per l'anno scolastico **2020-2021** l'alunno/studente interessato è iscritto alla classe.....

- SCUOLA INFANZIA**  **SCUOLA PRIMARIA**
- SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO**  **SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO**

Tempo Normale per ore settimanali ..... numero rientri pomeridiani .....

Tempo Pieno per ore settimanali .....

Giorni di frequenza:  lun.  mart.  merc.  gio.  ven.  sab.

presso l'Istituto Scolastico.....

sito in .....via.....nr.....

Telefono scuola.....

E-mail scuola.....

che nell'anno scolastico 2019-2020 è stato assegnato:

insegnante di sostegno  no  si n. ore settimanali \_\_\_\_\_

operatore socio-sanitario OSS  no  si n. ore settimanali \_\_\_\_\_

operatore alla comunicazione  no  si n. ore settimanali a scuola \_\_\_\_\_

n. ore settimanali a domicilio \_\_\_\_\_

che l'alunno/studente è seguito dai seguenti specialisti (cognome -nome):

Ente/ Struttura convenzionata \_\_\_\_\_

neuropsichiatra \_\_\_\_\_

logopedista \_\_\_\_\_

oculista \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

## C H I E D E

la valutazione per l'accesso al servizio di assistenza integrativa scolastica a favore di alunni/studenti con disabilità della vista e/o dell'udito per l'anno scolastico .....

Allega alla presente i seguenti documenti in corso di validità ad esclusione di quelli già in possesso dell'A.ULSS n.6 alla data di presentazione della presente richiesta:

- Certificato medico specialistico attestante la **disabilità uditiva**, con allegato audiogramma, aggiornato all'ultimo anno dalla data di presentazione della domanda e rilasciato da struttura pubblica o privata accreditata;

- Certificato medico specialistico attestante la **disabilità visiva**. Per gli utenti con residuo visivo superiore o uguale a 1/20 è necessario inviare documentazione oculistica aggiornata all'ultimo anno dalla data di presentazione della domanda e rilasciato da struttura pubblica o privata accreditata;
- Verbale di Accertamento per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap, rilasciato dall'UVMD - Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, come da DGR n.2248/2007;
- Diagnosi Clinica e Diagnosi Funzionale (Modelli C1 e C2), Decreti Leg.vi n.66/2017 e n. 96/2019;
- Verbale INPS Commissione medica di prima istanza per l'accertamento dell'handicap(L.n.104/92), se in possesso del richiedente;
- Verbale INPS Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità (L.n.102/09), se in possesso del richiedente;
- Copia documento d'identità (fronte/retro) in corso di validità del/della dichiarante.

Data .....

Firma del genitore\*/tutore/studente maggiorenne

.....

\* Il genitore firmatario dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

---

*I dati forniti sono trattati ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 "GDPR" come da informativa presente nel sito [www.aulss6.veneto.it](http://www.aulss6.veneto.it)*

*In qualità di genitore/tutore (come sopra indicato):*

***si rilascia      non si rilascia***

*il consenso al trattamento dei dati del minore*

*Firma del genitore/tutore*

.....