

protocollo.aulss6@pecveneto.it

RICHIESTA PERSONALE DI ASSISTENZA
ANNO SCOLASTICO _____
INF. PARITARIA/ICS/IIS _____

Cognome		Nome	
luogo di nascita		data	
indirizzo		telefono	
residenza			

L'alunno/a frequenterà:

Scuola dell'Infanzia(denominazione e indirizzo) _____

*Anno di frequenza: 1 2 3 rinvio per ore settimanali _____ presente in mensa SI NO

Scuola Primaria (denominazione e indirizzo del plesso) _____

*Classe _____ sez. _____ classe a modulo per ore sett. _____ con n. rientri pomeridiani _____
 classe a tempo pieno per ore sett. _____ presente in mensa SI NO

Scuola Secondaria di 1° grado (denominazione e indirizzo del plesso) _____

*Classe _____ sez. _____ classe con orario mattutino sino alle ore _____ con n. rientri pomeridiani _____
 classe a tempo prolungato presente in mensa SÌ NO

Scuola Secondaria di 2° grado (denominazione e indirizzo del plesso) _____

*Classe _____ sez. _____ per ore settimanali _____ con n. rientri pomeridiani _____

eventuale indirizzo frequentato _____

***Indicare, se possibile, l'effettiva frequenza scolastica dell'alunno**

[illegible]

RIEPILOGO ANNO SCOLASTICO IN CORSO

- ore settimanali di sostegno effettivo assegnate all'alunno disabile

INFORMAZIONI ANNO SCOLASTICO

INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE DELLA CLASSE DI PERTINENZA

• richiesta ore settimanali di sostegno con personale docente per l'anno ____ - ____	
• richiesta ore settimanali di assistenza con personale ULSS per l'anno ____ - ____	
• alunni previsti nella classe di appartenenza	

INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE GENERALE DELLA SCUOLA

PERSONALE NON DOCENTE

QUALIFICA	N.	Di cui con Funzioni Aggiuntive
N. Collaboratori Scolastici con funzioni aggiuntive		
Altro		

Per le scuole dell'Infanzia Private e Paritarie

Ha avuto accesso ai contributi regionali L. R. n. 23/1982 (DGR n. 449 del 28/02/2006)	SI	NO
Ha avuto accesso contributi ai MIUR L. n 62/2000	SI	NO

Eventuali altre informazioni che possono essere utili per una migliore organizzazione del Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale:

☐ effettiva frequenza scolastica dell'alunno sul totale delle ore settimanali previste _____

☐ particolari condizioni di salute _____

☐ presenze di barriere architettoniche _____

☐ necessità di ausili/presidi _____

☐ Altro _____

NOTE _____

data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO