



All'Azienda Ulss 6 Euganea
 Casella Postale aperta
 35122 Padova Centro
 PEC: protocollo.aulss6@pecveneto.it

Ad uso interno

Documento in carico a:
 Distretto Padova Terme Colli
 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 DELLA VISTA E/O DELL'UDITO**

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 SOTTOSCRITTO 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. Tel.
 E-mail PEC

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",

D I C H I A R A

che nell'anno scolastico 2023-2024 l'alunno/studente interessato frequenterà la 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

con sede in via nr.

Telefono scuola

E-mail scuola

che nell'anno scolastico 2022-2023 è stato assegnato al proprio figlio/a:

l'insegnante di sostegno NO SI n. ore settimanali

l'operatore socio-sanitario OSS NO SI n. ore settimanali

l'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

Dott./Dott.ssa specialista in

Dott./Dott.ssa specialista in

Dott./Dott.ssa specialista in

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 2023/2024.

Allega alla presente i seguenti documenti in corso di validità:

- 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; Se già inoltrato in precedenza e ancora in corso di validità, non è necessario inviarlo nuovamente.
- Diagnosi Clinica e Diagnosi Funzionale (Modelli C1 e C2); Se già inoltrati in precedenza e ancora in corso di validità, non è necessario inviarli nuovamente
- Verbale INPS Commissione medica di prima istanza per l'accertamento dell'handicap (L.n.104/92); Se già inoltrato in precedenza e ancora in corso di validità, non è necessario inviarlo nuovamente.
- Verbale INPS Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità (L.n.102/09); Se già inoltrato in precedenza e ancora in corso di validità, non è necessario inviarlo nuovamente.
- Copia documento d'identità (fronte/retro) in corso di validità del/della richiedente.

Data

Firma del genitore*/tutore/studente maggiorenne

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati forniti sono trattati ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 "GDPR" come da informativa presente nel sito www.aulss6.veneto.it

In qualità di genitore tutore studente maggiorenne, rilascio il consenso al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del servizio di assistenza scolastica integrativa.

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.*