

LOGO D'ISTITUTO

_____, ___/___/20___

Al Responsabile del settore Pubblica Istruzione

Al Responsabile del settore Servizi Sociali

OGGETTO: Richiesta di personale di assistenza per alunni disabili.

Anno Scolastico _____/_____

Sulla base delle informazioni contenute nella Diagnosi Funzionale/ nel Verbale di Accertamento, al fine di garantire il diritto allo studio secondo quanto previsto dagli artt. 12 e 13 della L. 104/92, comma 2 bis della L.R. 31/80, si richiede l'assegnazione di personale addetto all'assistenza per:

alunno _____ nato/a il ___/___/_____

a _____ residente a _____

in Via/Piazza _____ n. _____

iscritto alla classe _____ sez. _____

della Scuola Primaria della Scuola Secondaria di Primo Grado

“ _____ ” di _____

Monte ore settimanale della classe: n° _____

Monte ore settimanale di frequenza previsto per l'alunno: n° _____

Numero di ore di assistenza settimanale ritenute necessarie: n° _____

Lo studente nell'anno in corso NON USUFRUISCE del servizio

Lo studente nell'anno in corso USUFRUISCE del servizio per n° ____ (_____) ore

Descrizione sintetica della situazione di gravità dell'alunno/motivazione della richiesta:

Per le finalità di cui all'oggetto, nel rispetto della normativa vigente a tutela della privacy, l'Istituto si rende disponibile a fornire, su richiesta, ulteriori informazioni e/o eventuale documentazione.

Il Dirigente Scolastico
