



COMUNE DI CAGLIARI

Servizio Politiche Sociali

**AL COMUNE DI CAGLIARI**

**Servizio Politiche Sociali**

**(DA CONSEGNARE ALLA SCUOLA)**

**OGGETTO: Richiesta Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica. A.S. 2018-19.**

Il/La sottoscritto/a  nato a

il  residente a

CAP  via  n

tel  Cell

e-mail

genitore/tutore dell'alunno/a  nato a ,

il , C.F

residente a  via

**ISCRITTO/A PER IL PROSSIMO ANNO SCOLASTICO 2018-2019 presso:**

Scuola dell'infanzia  classe  sezione

Scuola primaria  classe  sezione

Scuola Secondaria di primo grado  classe  sezione

Direzione Didattica o Istituto Comprensivo

via  tel

e-mail  plesso (scuola)

via

chiede di poter usufruire del servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica per il proprio figlio/a.

A tal fine, l'interessato dichiara che:

**1) che il proprio figlio/a è portatore di handicap ai sensi della legge 104/92**

si in situazione di gravità ex art.3 comma 3 Legge 104/92

si in situazione di non gravità ex art.3 comma 1 Legge 104/92

data di scadenza della certificazione presentata

**2) che il proprio figlio/a ha usufruito nell'anno scolastico 2017-2018 del servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica**  si  No

**se si, indicare:**

periodo: dal  n° ore settimanali

nome dell'Educatore

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'eventuale conferma dell'operatore sarà comunque vincolata alle esigenze organizzative del servizio.

**3) che il proprio figlio/a usufruisce di Servizi di Assistenza Educativa Domiciliare**

Si  No

Tipologia:  Legge 162/98  L.R. 20/97  Servizio Educativo Territoriale

Assistente Sociale di riferimento:

sede territoriale°

**4) Che per il/la proprio/a figlio/a, per IL PROSSIMO anno scolastico 2018- 2019:**

non è stato richiesto l'insegnante di sostegno;

è stato richiesto l'insegnante di sostegno con rapporto

## **Documentazione da allegare obbligatoriamente :**

NB: nelle Domande di Rinnovo, salvo i casi di cambio di ciclo scolastico e/o di revisione della L. 104/92, non sarà necessario allegare le certificazioni richieste, poiché già in possesso dell'Ufficio Competente)

1. Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi dell' ex art. 3 Legge 104/92;
2. Diagnosi funzionale redatta su modello predisposto, compilata in tutte le sue parti, resa da struttura Sanitaria Pubblica o Convenzionata (**Si precisa che certificazioni generiche rese da strutture private non convenzionate non potranno essere ammesse a titolo di documentazione sostitutiva della Diagnosi Funzionale. Altre certificazioni specialistiche saranno comunque assunte a corredo della domanda**).

Dichiara:

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico, delle modalità di accesso e di erogazione del servizio (Procedimento);
- di autorizzare l'Ente all'utilizzo dei propri dati, come previsto dal Decreto legislativo n° 196, del 30 giugno 2003 .
- di far parte di associazioni a tutela o di sostegno di minori con disabilità

se sì quale

**Cagliari, li**

**In fede**

(è richiesta la firma di entrambi i genitori)

\_\_\_\_\_

(è richiesta la firma di entrambi i genitori)

\_\_\_\_\_