

Modello **istanza** di accesso al Servizio Disabilità Sensoriale
Da presentare entro il 22-06-2020

Spett.le Provincia di Brindisi
AREA 1 Servizi per l'integrazione scolastica
Via De Leo, n°3
72100 BRINDISI

INVIO TRAMITE:

PEC:

provincia@pec.provincia.brindisi.it

(**RICEVE ANCHE DA PEO**)

RACC. A/R

BREVI MANI PRESSO L'UFFICIO POSTA IN ARRIVO

OGGETTO: Richiesta del Servizio di Assistenza scolastica alla comunicazione per Videolesi e Audiolesi frequentanti tutte le Scuole di ogni ordine e grado – A.s. 2020/2021

Il/la sottoscritto/a

Nome	
Cognome	
Data e luogo di nascita	
Luogo di residenza	
Telefono	
e-mail	
pec	

Nella sua qualità di ¹ _____ dello/a studente/ssa di cui si indicano le seguenti generalità anagrafiche:

Nome	
Cognome	
Data e luogo di nascita	
Luogo di residenza ²	
Domicilio ³	
Istituto da frequentare nell'anno scolastico 20-21 ⁴	
Sede dell'istituto	
Classe da frequentare	

CHIEDE

CHE L'AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE IN INDIRIZZO VALUTI LA PRESENTE DOMANDA VOLTA A CONSENTIRE L'ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICA ALLA COMUNICAZIONE PER STUDENTI DISABILI VIDEOLESI E AUDIOLESI A FAVORE DEL/LA PREDETTO/A STUDENTE/SSA.

DICHIARA CHE, OVE È NECESSARIO:

¹ _____
Genitore, tutore o curatore;

² occorre la residenza in uno dei comuni della provincia di Brindisi;

³ da indicare solo se diverso dalla residenza;

⁴ occorre che trattasi di scuola con sede nel territorio provinciale.

- È DISPONIBILE ANCHE A RICEVERE LA PRESTAZIONE "A DISTANZA", DISPONENDO D'IDONEA CONNESSIONE E STRUMENTAZIONE INFORMATICA
- NON È DISPONIBILE A RICEVERE LA PRESTAZIONE "A DISTANZA".

AI FINI DELLA PRESENTE ISTANZA

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE:

- DELLA DELIBERA G.R. N° 996 DEL 12/06/2018 E, IN PARTICOLAR MODO, DELL'ALLEGATO 1- ALLEGATO TECNICO PER LA RIORGANIZZAZIONE OMOGENEA DEI SERVIZI SUL TERRITORIO, DI CUI LA PROVINCIA DI BRINDISI HA PRESO ATTO CON DECRETO PRESIDENZIALE N° 38 DEL 25.06.18.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 75 e 76 del D.P.R. N°445/2000, sotto la sua personale responsabilità e consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- che i dati anagrafici sopra riportati sono corrispondenti al vero;
- che lo/a studente/ssa necessita di assistente alla comunicazione in quanto affetto/a da una delle seguenti disabilità sensoriali, idoneamente certificata (si prega di contrassegnare la voce)

VIDEOLESO/A;

AUDIOLESO/A;

Che lo/a studente/ssa usufruisce/rà dei seguenti ulteriori servizi d'integrazione scolastica (in caso di risposta positiva, specificare quali e le ore di fruizione):

- SI**
Tipo di servizio: _____
Ente erogatore _____
Ore di fruizione _____
- NO**

SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- a) Copia integrale della **Certificazione disabilità sensoriale grave**, in originale o copia dichiarata conforme all'originale ai sensi delle norme vigenti in materia, attestante la gravità della disabilità e rilasciata dal competente SSR;
- b) Dichiarazione per la tutela della privacy, redatta e firmata come da schema tipo in uso presso i servizi sociali della Provincia di Brindisi;
- c) Fotocopia di valido documento d'identità del/la dichiarante;

Luogo e data _____

Firma
