

Spett.le Provincia di Brindisi
Servizi d'Integrazione scolastica
 Via De Leo, n°3
 72100 BRINDISI
 e-mail: provincia@pec.provincia.brindisi.it

OGGETTO: Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per disabili gravi frequentanti gli istituti di scuola media superiore – A.s. 2017-2018

Il/la sottoscritto/a

Nome	
Cognome	
Data e luogo di nascita	
Luogo di residenza	

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		
Istituto di scuola media superiore da frequentare nell'anno scolastico 2017/2018 ³		
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 specialistica scolastica per studenti disabili gravi del/la predetto/a studente/ssa.

A TAL FINE, DICHIARA

di aver preso visione dell'Allegato 1/A alla delibera della Giunta Regionale della Puglia. n°..... del E di ben conoscere i requisiti d'accesso al servizio

1 Genitore, tutore o curatore;

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

3 occorre che trattasi di scuola media superiore con sede nel territorio provinciale

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. N°445/2000, sotto la propria 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 assistenza specialistica in quanto affetto/a da una delle seguenti disabilità grave, idoneamente certificata (deve essere contrassegnata la voce interessata):

Disturbo della condotta;

Disturbo oppositivo-provocatorio;

DDAI medio-grave;

Disturbo dell'umore (di grado grave)

Mutismo selettivo;

Disturbo della personalità;

Psicosi;

Disturbi di spettro autistico, con compromissione comportamentale (e autonomie di base sufficienti);

Altre forme di disabilità grave (in tal caso deve essere specificata la tipologia e natura)

Che 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

Luogo e data _____

Firma

ALLEGA:

- a) Certificazione, in originale o copia dichiarata conforme all'originale ai sensi delle norme vigenti in materia, rilasciata ai sensi dell'art. 3 della l. n. 104/09 dalle competenti commissioni ASL, attestante la gravità della disabilità;
- 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;
- d) Fotocopia del codice fiscale del richiedente.