

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

INVIO TRAMITE:

- RACC. A/R**
- BREVI MANI PRESSO L'UFFICIO POSTA IN ARRIVO**
- PEC:**
provincia@pec.provincia.brindisi.it
(RICEVE ANCHE DA PEO)

OGGETTO: Rinnovo richiesta del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per disabili gravi frequentanti gli istituti superiori – A.s. 2019/2020

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 di scuola media superiore da frequentare nell'anno scolastico _____ ⁴	
Sede dell'istituto	
Classe da frequentare	

CHIEDE

CHE L'AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE IN INDIRIZZO VALUTI LA PRESENTE DOMANDA VOLTA A CONSENTIRE IL RINNOVO DELL'ISTANZA DI FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA PER STUDENTI DISABILI GRAVI A FAVORE DEL/LA PREDETTO/A STUDENTE/SSA.

¹ _____

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 media superiore con sede nel territorio provinciale.

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE:

- DELLA DELIBERA G.R. N° 996 DEL 12/06/2018 E, IN PARTICOLAR MODO, DELL'ALLEGATO I- 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 ASSISTENZA SPECIALISTICA IN QUANTO AFFETTO/A DA UNA DELLE SEGUENTI DISABILITÀ GRAVI, IDONEAMENTE CERTIFICATA (SI PREGA DI CONTRASSEGNARE LA VOCE INTERESSATA) E CHE HA GIÀ USUFRUITO DI ANALOGO SERVIZIO NELL'ANNO SCOLASTICO ____/____:**

- 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 COMPORMENTALE (E AUTONOMIE DI BASE SUFFICIENTI);**
- ALTRO _____ (SPECIFICARE LA DIAGNOSI PRECISA).**

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

- SI _____
- NO _____

Luogo e data _____

Firma _____

ALLEGA:

- Copia integrale della Certificazione di disabilità grave (ex art. 3 comma 3 della L. n. 104/09 rilasciata dalle competenti commissioni ASL), attestante la gravità della disabilità **solo in caso di certificazione di invalidità scaduta per revisione e non già in possesso dell'ufficio;**
- Dichiarazione per la tutela della privacy, redatta e firmata come da schema tipo in uso presso i servizi sociali della Provincia di Brindisi;
- Fotocopia del documento d'identità valido del dichiarante.