

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](mailto:provincia@pec.provincia.brindisi.it)  
( RICEVE ANCHE DA PEO)

**OGGETTO: 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 <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ dello/a studente/ssa di cui si indicano le seguenti generalità anagrafiche:

|   |  |
|---|--|
| Nome  |  |
| Cognome   |  |
| Data e luogo di nascita   |  |
| Luogo di residenza <sup>2</sup>   |  |
| Domicilio <sup>3</sup>  |  |
| Istituto di scuola media superiore da frequentare nell'anno scolastico _____ <sup>4</sup> |  |
| 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 A FAVORE DEL/LA PREDETTO/A STUDENTE/SSA.***

<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Genitore, tutore o curatore;

<sup>2</sup> occorre la residenza in uno dei comuni della Provincia di Brindisi;

<sup>3</sup> da indicare solo se diverso dalla residenza;

<sup>4</sup> 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):**

- 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);**
- 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;
- 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.