

Modello: Istanza di accesso al Servizio Assistenza Specialistica Scolastica
Da inoltrare entro il **22-06-2020**

Codice: 2020-Dis-gravi

Spett.le Provincia di Brindisi
Area 1 – Servizi per l'integrazione scolastica disabili
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 di accesso al Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per disabili gravi frequentanti gli istituti superiori della Provincia di Brindisi – 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 di scuola media superiore 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 SPECIALISTICA SCOLASTICA PER STUDENTI DISABILI GRAVI A FAVORE DEL/LA PREDETTO/A STUDENTE/SSA.

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 CHE, OVE È NECESSARIO:

- 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 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 _____

Brindisi,

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.