

(Intestazione Istituto scolastico)

ALLA PROVINCIA DI SASSARI  
ZONA OMOGENEA OLBIA TEMPPIO  
SETTORE 8  
VIA A. NANNI 17/19  
07026 OLBIA  
[zonaomogenea.olbia-tempio@pec.provincia.ss.it](mailto:zonaomogenea.olbia-tempio@pec.provincia.ss.it)

**Oggetto:** **RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZI DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA**  
**Per Studenti Disabili Anno Scolastico :** \_\_\_\_\_

**Vista** la documentazione sanitaria rilasciata da \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ agli atti di questa Istituzione scolastica con prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

**Vista** la richiesta presentata presso questa scuola dal/la sig./ra \_\_\_\_\_

in qualità di genitore o esercente la potestà parentale o la tutela dello/a studente

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ regolarmente iscritto/a per l'A.S. \_\_\_\_\_ alla

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ presso l'Istituzione scolastica \_\_\_\_\_ sede

del plesso frequentato \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

**Dato atto** che è stata presentata la seguente documentazione (*barrare la casella interessata*):

- certificato Legge n. 104/1992, art. 3, comma \_\_\_\_\_
- diagnosi funzionale
- certificazione medica specialistica rilasciata dall'ASL o da servizi accreditati dalla Regione attestante la necessità di assistenza scolastica specialistica con indicazione del bisogno assistenziale

**Dato atto** che trattasi di:

- nuovo inserimento
- alunno già in carico

**Tenuto conto** della documentazione tecnica e progettuale elaborata in favore dell'alunno/a e condivisa con le Agenzie impegnate nell'attuazione del percorso di integrazione scolastica (Famiglia, Scuola, Struttura sanitaria, Ente Locale, Operatori Ass. Scolastica ecc.)

## SI CHIEDE

L'erogazione del **Servizio di Assistenza specialistica**, ai fini dell'attuazione progettuale si chiede la seguente figura:       Educatore professionale       Assistente educativo alla comunicazione

L'erogazione del **Servizio di Trasporto**:  Rimborso Km alle famiglie  
 Servizio di accompagnamento  
 Trasporto con pulmino  
 Altro \_\_\_\_\_

(Solo per la richiesta di Servizio Trasporto) Dichiaro che il suddetto studente non è in grado di servirsi autonomamente dei mezzi pubblici o comunque di giungere autonomamente a scuola senza significativi rischi o pericoli

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e agli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di rilasciare al proposito con la presente richiesta idonea liberatoria al trattamento dei dati forniti.

(Luogo e data)

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Dirigente scolastico

\_\_\_\_\_

**Si allega documento di riconoscimento del dichiarante**