

Al Segretariato Sociale Comune di _____

OGGETTO: Servizio di ASSISTENZA SCOLASTICA PER ALUNNI DISABILI frequentanti la scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria e Scuola Media Inferiore - Anno Scolastico 2024-2025

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
TEL.	

In sua qualità di Genitore - Tutore - Caregiver dello/a studente/ssa:

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
LUOGO DI RESIDENZA	
ISTITUTO SCOLASTICO	
CLASSE DA FREQUENTARE	

CHIEDE

Che il Consorzio per l'integrazione e l'inclusione sociale dell'Ambito Territoriale Sociale dei Comuni di Fasano – Ostuni – Cisternino valuti la presente domanda in favore del/della suddetto/a studente/ssa volta a consentire l'accesso al servizio di:

- ASSISTENZA SPECIALISTICA (EDUCATORE SCOLASTICO)
- ASSISTENZA DI BASE (O.S.S.)

Deambulazione autonoma	Si	No
Controllo sfinterico	Si	No
Alimentazione autonoma	Si	No

A tal fine, ai sensi e per gli effetti dell'art.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 presenta una tipologia patologica fisica - psichica - sensoriale - plurima - stabilizzata - progressiva - temporanea certificata ai sensi della L.104/1992.

_____, ____/____/____

Firma leggibile del dichiarante

ALLEGA:

- Documento d'identità in corso di validità;
- Copia del Verbale della Commissione Medica Legge 104/1992.