All'U.M.V.D. ASL TO3

 Distretto Sanitario Valle di Susa e Val Sangone

Dall’Istituto Comprensivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: **ISTANZA DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN AMBITO SCOLASTICO- A.S. 2020/2021**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Residenza |  |
| Diagnosi |  |
| Certificazione rilasciata da servizio pubblico (indicare il servizio che l’ha rilasciata) |  |
| Referente sanitario ASL |  |
| Istituto / Circolo |  |
| Ordine di Scuola |  |
| Classe  |  |
| Monte ore settimanale della classe |  |
| Frequenza settimanale effettiva |  |
| RICHIESTE DEFINITE IN SEDE DI GRUPPO TECNICO (GLHO)  |  |
| Ore di sostegno richieste (con impegno a comunicare le ore effettivamente assegnate nel mese di settembre 2018) |  |
| Attività di base garantita dal personale scolastico |  |
| Assistenza specialistica: ore richieste per il futuro anno scolastico con operatore socio-sanitario (esclusa la mensa)  |  |
| Ore di assistenza specialistica usufruite nell’A.S. 2017/2018  |  |

|  |
| --- |
| **MOTIVAZIONI PER CUI SI RICHIEDE L’ASSISTENZA SPECIALISTICA** |
| **OBIETTIVI PREFISSATI PER IL FUTURO INTERVENTO**  |

Si allegano alla presente:

1. Modello H – UNICO
2. Per le nuove richieste: Profilo Descrittivo di Funzionamento
3. Per le nuove richieste: Documentazione sanitaria rilasciata e PEP/PDP, nel caso di alunni con esigenze educative speciali.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Nome* | *Firma*  |
| I docenti di sostegno: |  |  |
| La F.S. per la disabilità: |  |  |

*(COPIA FIRMATA IN ORIGINALE CARTACEO)*

Firmato