

Il presente modulo deve essere redatto su carta intestata dell'Istituto scolastico e indirizzato all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza dell'alluno/a disabile e/o all'Amministrazione Provinciale in caso di disabilità sensoriale.

**MODULO PER LA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE  
DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA E/O ASSISTENZA AUSILIARIA**

**ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_**

**Alunna/o**

**Nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_**

**Residente a**

**Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_**

**Nome del padre**

**Nome e cognome della madre**

**Telefono padre**

**Telefono madre**

**Nome del tutore**

**Telefono tutore**

**Classe /sezione**

**Plesso**

**Docenti referenti**

**Orario di frequenza scolastica**

**Rientri scolastici pomeridiani (giorni e orari)**

**Intervento del docente di sostegno ministeriale**

Cognome..... Nome .....

da attivare  
già attivato

Dal..... Per nr. ore settimanali richieste.....

**Diagnosi**

Emessa in data..... Da.....

**Interventi terapeutici in atto**

(giorno, ora, nr. accessi settimanali c/o struttura)

**Impegni pomeridiani extrascolastici**

(sport, catechismo, altro... specificare, per ogni attività, i giorni e gli orari)

**Progetto di intervento educativo o assistenziale come previsto dalla diagnosi funzionale**

Figure richieste

ASA

per nr. ore settimanali (comprehensive di 1 ora di programmazione settimanale) .....

Assistente educatore

per nr. ore settimanali (comprehensive di 1 ora di programmazione settimanale) .....

Firma del Dirigente scolastico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Allegati:

- copia diagnosi funzionale
- copia verbale collegio di accertamento
- copia verbale accertamento invalidità (per disabili fisici)
- copia certificato medico dello specialista di riferimento

## CONSENSO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore di \_\_\_\_\_

dà il consenso alla segnalazione al servizio di sostegno scolastico assistenza ausiliaria.

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_