

**Dati relativi allo studente  
per cui si richiede l'Assistenza Scolastica**

(In coerenza con il <DECRETO LEGISLATIVO 13 aprile 2017, n. 66 "Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità" e ss.mm.ii in attesa della sua completa attuazione, in aderenza alle Linee Guida approvate con la deliberazione n. 423 del 27/07/2016 dalla Giunta Regionale Campania)

(Alcune delle informazioni possono riguardare l'anno scolastico precedente)

Anno scolastico 2022/2023

Data .....

NOME e COGNOME STUDENTE [.....]

Codice fiscale STUDENTE [.....]

DATA DI NASCITA ..... COMUNE DI RESIDENZA.....

ISTITUTO SCOLASTICO.....

SEDE ..... CLASSE..... SEZIONE.....

ORARIO CURRICOLARE SETTIMANALE DELLA CLASSE IN CUI È INSERITO L'ALLIEVO DISABILE .....

NUMERO ORE SETTIMANALI DI FREQUENZA SETTIMANALE DELL'ALLIEVO DISABILE .....

ORE DI SOSTEGNO ASSEGNATE L'ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE .....

ORE RICHIESTE PER L'A.S. 2021/22 .....

FREQUENZA SCOLASTICA PREVISTA: INDICARE IL NUMERO DI GIORNI SETTIMANALI .....

LO STUDENTE SEGUE UNA PROGRAMMAZIONE DIFFERENZIATA: SI ..... NO .....

PRESENZA DI ALTRI ALLIEVI DISABILI NELLA STESSA CLASSE SI ..... NO .....  
Indicarne il numero: n. ....

MAGGIORI DIFFICOLTA' PRESENTATE NEL CONTESTO SCOLASTICO

INDICARE SCUOLA DI PROVENIENZA, IN CASO DI CAMBIO DI CICLO SCOLASTICO

**Difficoltà nell'autonomia**

(spostamento, igiene personale, cura della persona) ..... [ ]

[ ] L'alunno è in possesso della documentazione di accertamento dell'handicap con attestazione di disabilità grave (Art. 3, comma 3 - Lg 104/92) (ALLEGARE)

[ ] L'alunno è in possesso della documentazione di accertamento dell'handicap (Artt. 12 e 13 - Lg 104/92) (ALLEGARE)

**REFERENTE ASL/ENTE CHE HA RILASCIATO L'ULTIMA DIAGNOSI FUNZIONALE**

NOME E

COGNOME.....ASL/ENTE.....

TELEFONO.....E-MAIL .....

## ASSISTENZA SCOLASTICA

SINTETICA DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO DI ASSISTENZA SCOLASTICA CHE L'OPERATORE RICHIESTO DOVRÀ SVOLGERE CON LO STUDENTE  
(ALLEGARE P.E.I.):

.....  
.....  
E' STATO INDIVIDUATO IL PERSONALE A.T.A. PER L'ASSISTENZA DI BASE: SI ... NO ...  
INDICARE IL NOMINATIVO DEL MEDICO REFERENTE E A.S.L. DI RIFERIMENTO

.....  
DOCENTE REFERENTE DEL PROGETTO DI ASSISTENZA SCOLASTICA

.....  
*Eventuali altre notizie ritenute utili per la valutazione e la definizione del Progetto Individuale:*

*Indicare eventuali bisogni/servizi:*

**NB: Si invita la scuola a compilare ogni campo del modulo.**

Ai fini della valutazione del progetto è indispensabile che per ogni alunno vengano ALLEGATI:

-DIAGNOSI FUNZIONALE (dopo regolamentazione ministero PROFILO DI FUNZIONAMENTO)  
-ultimo P.E.I.

-attestazione di disabilità grave (Art. 3, comma 3 - Lg 104/92)

-accertamento dell'handicap (Artt. 12 e 13 - Lg 104/92) (Contestualmente all'accertamento previsto dall'articolo 4, ove richiesto dai genitori o da coloro che esercitano la potestà genitoriale, è possibile procedere all'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica (D. Lgs 96/19), laddove in possesso), con esibizione di istanza (medesima procedura istanza L. 104/92)

Consapevole delle sanzioni penali previste per chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dalla legge e della contestuale decadenza dai benefici eventualmente conseguenti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,

Dichiara di aver letto l'informativa sulla privacy e di dare il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati forniti nei termini indicati.

**Il Dirigente Scolastico  
(timbro e firma)**

\_\_\_\_\_

*I genitori*

...(madre: \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_)

.....

...(padre: \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_)

.....

**Allegare documento riconoscimento dei genitori.**

Data.....