



Provincia di Cagliari – Provincia de Casteddu

Assessorato alla Pubblica Istruzione
Servizio Di Orientamento e Supporto Pedagogico
Piazza Galileo Galilei, 36 – 09128 Cagliari

RICHIESTA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA EDUCATIVA PER GLI ALUNNI CON DISABILITA' DELLE SCUOLE SUPERIORI ANNO SCOLASTICO 2011/2012

(modulo da compilare e restituire al Dirigente scolastico)

Il/la sottoscritt _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in Via _____
tel. abit. _____ eventuale tel. cell. _____
in qualità di _____ dell'alunno/a _____
nato/a _____ a il _____ residente a _____
in Via _____ cap _____ iscritto/a per l'a.s. 2011/2012
al _____ anno sez. _____ dell'Istituto _____ indirizzo di studio _____
sede di _____

CHIEDE

per l'alunno/a sopra indicato l'attivazione del servizio di assistenza educativa specialistica ai sensi della L.104/92 art.13 comma 3.

ALLEGA

- 1) Certificazione rilasciata dal competente Servizio dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), ai sensi della L. 104/92, attestante la natura e il grado di disabilità (copia leggibile);
- 2) diagnosi funzionale con richiesta motivata di assistenza specialistica scolastica
- 3) eventuali altri documenti che attestino la condizione dell'alunno.

(In caso di riconferma non è necessario allegare i documenti di cui sopra salvo sopravvenuti aggiornamenti rispetto alla documentazione presentata per l'a.s. 2010/2011)

Referenti Servizio di Orientamento e Supporto Pedagogico

Dott.ssa Luisa Sanna tel. 070 4092024 e-mail lsanna@provincia.cagliari.it Dott.ssa Francesca Marrazzi tel. 070 4092023
e-mail fmarrazzi@provincia.cagliari.it Dott. Andrea Onnis tel. 070 4092034 e-mail aonnis@provincia.cagliari.it Fax
070482983

DICHIARA

- Di avere preso visione del regolamento approvato con Deliberazione del C.P. n.46 del 20.07.2009. relativo al servizio di assistenza specialistica educativa per gli alunni con disabilità frequentanti gli istituti superiori della Provincia e consultabile sul sito www.provincia.cagliari.it alla voce "Trasparenza, regolamenti".

- Che il proprio figlio:
 - ha già usufruito del servizio di assistenza educativa specialistica con l'educatore _____ presso la scuola _____ nell'anno scolastico _____

 - nell'anno scolastico 2010/2011 ha avuto l'insegnante di sostegno per n. ____ ore settimanali.

Eventuali comunicazioni utili:

Data

Firma

Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196.

Firma

Referenti Servizio di Orientamento e Supporto Pedagogico

Dott.ssa Luisa Sanna tel. 070 4092024 e-mail lsanna@provincia.cagliari.it Dott.ssa Francesca Marrazzi tel. 070 4092023 e-mail fmarrazzi@provincia.cagliari.it Dott. Andrea Onnis tel. 070 4092034 e-mail aonnis@provincia.cagliari.it Fax [070482983](tel:070482983)