**Domanda di attivazione del servizio di assistenza alla comunicazione a favore degli studenti con disabilità sensoriale**

**per l’Anno Scolastico 2018-2019**

**(D.G.R. 6832/2017 e 7924/2018)**

**RICHIESTA DI INTERVENTO A FAVORE DELLO STUDENTE:**

Cognome: Nome:

Nato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita:|\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| CF: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(giorno) (mese) (anno)

Comune di residenza:

Indirizzo: Nazionalità:

Domicilio (se diverso dalla residenza):

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI DEL GENITORE O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE:**

Grado di parentela □ madre □ padre □ altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome Nome

Comune di residenza:

Indirizzo: Nazionalità:

Telefono: Cell.:

email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SULLA SCUOLA ANNO SCOLASTICO 2018/2019:**

□ infanzia □ primaria □ secondaria I grado □ secondaria II grado □ scuola professionale

Classe frequentata a.s. 2018/2019: \_\_\_\_\_\_\_

Denominazione Istituto scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denominazione Istituto comprensivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DI PRESA IN CARICO:**

□ intervento di nuova attivazione

□ rinnovo domanda senza variazioni rispetto all’anno scorso

□ rinnovo domanda con variazioni rispetto all’anno scorso

**TIPOLOGIA DISABILITÀ SENSORIALE**

□ Visiva □ Uditiva □ Pluridisabilità (sordo-cieco)

**IL SOTTOSCRITTO GENITORE/ TUTORE DELL’ALUNNO SOPRAINDICATO RICHIEDE GLI INTERVENTI DI ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE COME DI SEGUITO SPECIFICATO**

|  |  |
| --- | --- |
| **gli interventi riguardano (come indicato sulla Diagnosi Funzionale):** | |
| □ | Servizio **assistenza comunicazione** **visiva** |
| □ | Servizio **assistenza comunicazione uditiva** |
| □ | Servizio **tiflologico/tifloinformatico** |
| □ | Materiale didattico speciale e libri di testo |

A tal fine, alla presente allega:

* Certificato di alunno disabile in corso di validità (rilasciato dal Collegio di accertamento delle ASST)
* Diagnosi Funzionale (DF) in corso di validità, rilasciata dai servizi specialistici che hanno in carico l’alunno;
* Carta identità del richiedente (genitore/tutore o persona con disabilità se maggiorenne);
* Modulo privacy (modello regionale) sottoscritto e datato;
* per le disabilità uditive: Audiogramma recente con indicazione della perdita uditiva;
* per le disabilità visive: Certificato di ipovisione o cecità parziale o totale con indicazione residuo visivo.
* Eventuale altra documentazione (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_

Firma:

Data e luogo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_