

*Spett. le Consorzio Ambito Territoriale n. 3  
Piazzale Matteotti, 6  
Francavilla Fontana*

**OGGETTO: Servizio di Integrazione Scolastica per diversamente abili frequentanti gli Istituti comprensivi\_ A.S. 2021-2022.**

Il/la sottoscritto/a

Nome	
Cognome	
Data e luogo di nascita	
Luogo di residenza	
Telefono Cellulare	
Mail	

Nella sua qualità di \_\_\_\_\_ dello/a studente/ssa di cui si indicano le seguenti generalità anagrafiche:

Nome	
Cognome	
Data e luogo di nascita	
Luogo di residenza	
Sede Istituto di scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado da frequentare nell'A.S. 2020/2021	
Classe e sezione da frequentare nell'A.S.2021/2022	

### **CHIEDE**

che il Consorzio Ambito Territoriale n. 3 di Francavilla Fontana in indirizzo, valuti la presente domanda volta a consentire l'accesso al servizio di assistenza scolastica per studenti diversamente abili.

---

1

Genitore, tutore o curatore;

2

Occorre la residenza in uno dei Comuni del Consorzio Ambito Territoriale n. 3 di Francavilla Fontana;

3

Occorre che trattasi di scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado, con sede nel territorio dell' Ambito Territoriale n. 3 di Francavilla Fontana.

## A TAL FINE, DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. N° 445/2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci:

- di aver preso visione dell'Allegato **1A di cui alle Linee Guida Regionali** e di conoscere i requisiti d'accesso al servizio;
- che i dati anagrafici sopra riportati sono corrispondenti al vero;
- che lo/a studente/ssa necessita di assistenza specialistica in quanto affetto/a da una delle seguenti disabilità, idoneamente certificata (deve essere contrassegnata la voce interessata):
  - 1) Disturbo della condotta o Disturbo oppositivo-provocatorio;
  - 2) Adhd medio-grave;
  - 3) Disturbo dell'umore (di grado grave);
  - 4) Mutismo selettivo;
  - 5) Disturbo della personalità;
  - 6) Psicosi;
  - 7) Disturbo dello spettro autistico, con compromissione comportamentale (e autonomie di base sufficienti);
  - 8) Altre forme di disabilità ( in tal caso deve essere specificata la tipologia e natura)

---

Luogo e data

---

Firma

---

### ALLEGA:

- 1) Certificazione, in originale o copia dichiarata conforme all'originale ai sensi delle norme vigenti in materia, rilasciata ai sensi della Legge 104/92 dalle competenti commissioni ASL, attestante la gravità della diversabilità;
- 2) Copia dell'attestazione Isee o Dsu in corso di validità per i nuclei familiari che non superano la soglia di € 9.360,00 (allegato obbligatorio, ma non discriminante ai fini dell'accesso al servizio);
- 3) Eventuale ulteriore documentazione sanitaria, ritenuta utile e/o opportuna ai fini della definizione dei bisogni dell'utente nel processo di inclusione;
- 4) Dichiarazione per la tutela della privacy, redatta e firmata, come da schema tipo in uso presso il Consorzio Ambito Territoriale n. 3 di Francavilla Fontana;
- 5) Fotocopia di valido documento di riconoscimento e del codice fiscale del/la dichiarante e dell'alunno/a.