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

**per l’Anno Scolastico 2019-2020**

**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 (obbligatoria per le comunicazioni)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SULLA SCUOLA ANNO SCOLASTICO 2019/2020:**

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

Classe a.s. 2019/2020: \_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

□ nell’a.s. 2018/2019 è stato seguito dall’insegnante di sostegno

□ nell’a.s. 2018/2019 è stato seguito dall’educatore scolastico

**TIPOLOGIA DI PRESA IN CARICO:**

□ intervento di nuova attivazione

□ rinnovo domanda

**TIPOLOGIA DISABILITÀ:**

□ Sensoriale Visiva □ Sensoriale Uditiva □ Pluridisabilità

**Specificare la tipologia di pluridisabilità** (come indicato nel certificato di alunno disabile):

□ Sensoriale Visiva in presenza di altra disabilità

□ Sensoriale Uditiva in presenza di altra disabilità

□ Sordo - Cieco

**ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER LA PRESA IN CARICO:**

□ presenza di familiari conviventi con disabilità sensoriale (genitori e/o fratelli/sorelle)

□ Il servizio verrà svolto solo a scuola

□ Il servizio verrà svolto principalmente a scuola e con interventi svolti a casa

**IL SOTTOSCRITTO GENITORE/ TUTORE DELL’ALUNNO SOPRAINDICATO RICHIEDE GLI INTERVENTI DI ASSISTENZA ALLA COM**

**UNICAZIONE 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 2019-2020 (modello regionale) sottoscritto e datato;
* Certificazione di disabilità sensoriale:
* per le disabilità uditive: Audiogramma recente con indicazione della perdita uditiva o il verbale di invalidità civile;
* per le disabilità visive: Certificato di ipovisione o cecità parziale o totale con indicazione residuo visivo o il verbale di invalidità civile;
* Eventuale altra documentazione (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_

Firma:

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