

RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO INTEGRAZIONE SCOLASTICA
AZIENDA ULSS 22 BUSSOLENGO
ANNO SCOLASTICO 2015/2016

DENOMINAZIONE DIRIGENZA _____

Indirizzo _____

Telefono _____ fax _____ e-mail _____

ALUNNO/A (cognome e nome) _____ M F

Nazionalità _____ data di nascita _____ luogo _____

C.F. _____

Comune di residenza _____ via _____ n _____

Tel. abitazione _____ cell. genitori _____

SCUOLA DI FREQUENZA (a.s. 2015/2016) _____

Indirizzo _____

Telefono _____ fax _____ e-mail _____

Classe _____ Alunni n. _____ Insegnanti di classe n. _____

Orario settimanale frequenza alunno (specificare giorni e orari) _____

Eventuali rientri (giorni e orari) _____

Mense (giorni e orari) _____

Ore settimanali di frequenza dell'alunno	
Ore settimanali previste di insegnante di sostegno	
Ore settimanali richieste di operatore socio sanitario	

Data

Dirigente Scolastico

Timbro e firma

Da inviare al Servizio Integrazione Scolastica entro il **13/04/2015**

Mail: sis@ulss22.ven.it Fax: 045.6712466

Mod. A

**CONSENSO ALLA RICHIESTA DI OPERATORE
Servizio Integrazione Scolastica
Azienda ULSS 22 Bussolengo**

(da compilare in modo leggibile in ogni parte e allegare alla richiesta della scuola)

Il/la sottoscritto/a
comune di residenza
indirizzo
Telefono / cellulare*
genitore dell'**alunno**
nato/a il
C.F.

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

- alla richiesta di assegnazione di operatore socio sanitario per l'anno scolastico 2015/2016 per l'alunno/a suddetto/a
- al trattamento e gestione dei dati personali relativi all'alunno/a in base al D.Lgs. 196/03 per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione

A tal fine

DICHIARA

- di aver preso visione della richiesta di assegnazione di operatore socio sanitario presentata dalla Scuola di frequenza dell'alunno
- di essere in possesso del verbale di accertamento per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap rilasciato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (qualora si tratti di prima certificazione o rinnovo UVMD)
- di essere in possesso della certificazione rilasciata dal medico specialista di struttura pubblica o convenzionata che richieda la figura dell'operatore socio sanitario

DICHIARA INOLTRE

- che l'alunno/a di cui sopra è riconosciuto/a in stato di handicap ai sensi dell'art. 3 della legge n. 104/1992

Data _____

Firma _____

* indicare ogni riferimento telefonico utile ai fini della rintracciabilità dei genitori e/o tutori per comunicazioni di servizio