



U.O.C. Non Autosufficienza – Servizio Integrazione Scolastica – Sede di Bussolengo (VR)

Prot. n. 41622

Bussolengo, 14 MAR. 2017

Alla Cortese Attenzione

DIRIGENTI SCOLASTICI

Loro sedi

OGGETTO: richiesta operatore socio sanitario per l'assistenza scolastica anno scolastico 2017/2018;
invio modulo

In seguito all'Istituzione dell'Aulss 9 Scaligera è in atto un processo di unificazione dei modelli procedurali attivi nei diversi servizi. In particolare per quanto riguarda il Servizio di Integrazione Scolastica tale processo è teso a semplificare i rapporti tra l'Aulss 9 e i Dirigenti Scolastici attraverso l'adozione prima di tutto di una modulistica uniforme.

Con la presente pertanto si invia alle SS. LL. il modulo per la richiesta di Operatore Socio Sanitario per l'assistenza scolastica relativamente all'anno scolastico 2017/2018. Il modello è uniforme in tutto il territorio dell'Aulss 9. Eventuali richieste/informazioni aggiuntive richieste dai tre Servizi di Integrazione Scolastica sono segnalate in un allegato a parte.

Si prega cortesemente di far pervenire le richieste alla scrivente Azienda ULSS, compilando la scheda in ogni sua parte entro e non oltre il giorno

Lunedì 10 aprile 2017

La scheda va inviata con lettera accompagnatoria protocollata dalla scuola via PEC al seguente indirizzo:

protocollo.aulss9@pecveneto.it

oppure attraverso raccomandata A/R all'indirizzo:

Aulss 9 Scaligera - Distretto 4, via C.A. Dalla Chiesa - Bussolengo (VR)

(per i Comuni di residenza dell'alunno dell'ex Aulss 22)

Con l'occasione si chiede cortesemente di trasmettere all'ufficio scrivente l'indirizzo PEC della scuola.



L'assegnazione dell'operatore OSS è prevista solo in casi di alunni con disabilità in situazione di non autosufficienza al fine di promuovere la partecipazione e l'inclusione scolastica e viene stabilita dall'UVMD.

Si ricorda, ai sensi dell'art.18 del D.Lgs. 81/08, l'importanza del rispetto della normativa in relazione alla sicurezza degli alunni con disabilità e della particolare attenzione necessaria, in riferimento al ruolo assistenziale svolto dal personale OSS.

Per informazioni rivolgersi a:

- Dott.ssa Paola Gagliardi, coordinatrice S.I.S.
tel. 045/6712361 – mail pgagliardi@aulss9.veneto.it
- Segreteria S.I.S.: dott.ssa Giorgia Veronese
Tel. 045/6712343 mail gveronese.b@aulss9.veneto.it
- Sig.ra Annalisa Nalini
Tel. 045/6712378 mail segreteriaasis@aulss9.veneto.it

Infine, si informano inoltre le SS.LL. che è stato attivato un tavolo interistituzionale di lavoro permanente tra i Servizi di Integrazione Scolastica dell'Aulss 9 e l'Ufficio Scolastico di Verona, al fine di ottimizzare il coordinamento tra enti e di migliorare la distribuzione delle risorse nell'ambito dei progetti per gli allievi con disabilità.

Si ringrazia anticipatamente per la collaborazione.

Cordialità



U.O.C. NON AUTOSUFFICIENZA

Il Direttore
Dott. Gabriele Bezzan

All. 1: modulo per la richiesta di operatore socio-sanitario

Responsabile del procedimento: Dott. Gabriele Bezzan
Referente istruttoria: Dott.ssa Paola Gagliardi
Tel.: 045/6712361
E-mail: pgagliardi@aulss9.veneto.it

AZIENDA ULSS 9 – SCALIGERA
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 4
SEDE DI BUSSOLENGO

Al Direttore Distretto Socio Sanitario

Dott. Dario Zanon

Al Direttore U.O.C. Non Autosufficienza

Dott. G. Bezzan

Al Servizio Integrazione Scolastica

OGGETTO: Richiesta Operatore Socio Sanitario anno scolastico 2017/2018

DENOMINAZIONE DIRIGENZA SCOLASTICA _____

Dirigente Scolastico _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Telefono _____ fax _____ e-mail _____

ALUNNO/A (Cognome e nome) _____ **M** **F**

Data di nascita _____ CF _____

Comune di Residenza _____ CAP _____

Via _____ n° _____

Padre/tutore (Cognome Nome) _____ tel./cell. _____

e-mail _____

Madre/tutore (Cognome Nome) _____ tel./cell. _____

e-mail _____

Disabilità (come da verbale accertamento handicap ai fini scolastici- UVMD):

Frequenza terapie: specificare quali _____

Giorni e orari _____

Si chiede di comunicare variazioni ad inizio anno scolastico.

Scuola che frequenterà (a.s. 2017//2018)

Scuola _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

Classe di frequenza _____ n° alunni _____ altri alunni con handicap ai fini scolastici n° _____

Orario scolastico settimanale _____ Su 5 su 6 giorni

Orario settimanale di frequenza scolastica dell'alunno con disabilità' (giorni e orari) _____

Eventuali rientri **OBBLIGATORI per la classe** (giorni e orari) _____

Mense obbligatorie per la classe (giorni e orari) _____

ore tot previste di insegnante di sostegno _____ ore totali di lettore / ripetitore _____ ore di operatore socio sanitario proposte _____ con riferimento alle aree di intervento oss (indicare con un ordine di priorità da 1 a 4) :

_____ autosufficienza di base

_____ autonomia personale

_____ comunicazione/relazione

_____ assistenza motoria

Eventuali barriere architettoniche riferite alla disabilità dell'alunno _____

Bagno attrezzato per handicap: SI NO note _____

Presenza nella scuola di operatori scolastici con riconoscimento delle funzioni aggiuntive (L. 124/99, art.8)

SI NO

Dirigente Scolastico (timbro e firma)

I genitori / tutori dell'alunno/a esprimono il proprio consenso

- alla richiesta di assegnazione di Operatore Socio Sanitario per l'anno scolastico 2017/2018
- al trattamento dei dati personali in base al D.L. 196 del 30-06-03 e alla comunicazione degli stessi alla Cooperativa convenzionata che fornisce il servizio

Dichiarano inoltre che il proprio/a figlio/a è titolare: indennità di frequenza indennità di accompagnamento

Riconoscimento L 104/92 Art. 3 comma 1 (stato di handicap) Art. 3 comma 3 (situazione di gravità)

Allegare verbale L. 104/92 in corso di validità.

Firma di entrambe i genitori: _____