



**ISTITUTO MAGISTRALE STATALE
“REGINA MARGHERITA”**

Licei: Scienze Umane- Economico Sociale - Linguistico- Musicale-Coreutico
P.tta SS. Salvatore, 1 - 90134 PALERMO
Cod. Fisc. 80019900820 Cod. Min. PAPM04000V
Tel. 091/334424 - 334043- Fax 091/6512106
Web- www.reginamargheritapa.it - E mail papm04000v@istruzione.it

Circ. n° 490

del 03.03.16

Ai Docenti di Sostegno

Ai Genitori degli Alunni

Oggetto: Compilazione Modulo di Richiesta servizi di Integrazione Scolastica
A.S. 2016/2017.

Vista la nota della Città Metropolitana di Palermo, che richiede la domanda dei servizi di integrazione scolastica per A.S. 2016/2017 i docenti interessati dovranno far pervenire all'Ufficio Alunni alla Sig.ra Faraone Barbara entro e non oltre il 20/03/2016 il modulo allegato alla presente, debitamente compilato e firmato, allegando la fotocopia di un documento di identità del Genitore richiedente.

Tale richiesta è indispensabile per l'accesso ai Servizi di Assistenza erogati dalla Provincia si richiede pertanto una tempestiva distribuzione del modulo ai genitori.

Il Dirigente Scolastico
Pia Blandano



CITTÀ METROPOLITANA DI PALERMO

DIREZIONE POLITICHE SOCIALI, PUBBLICA ISTRUZIONE, POLITICHE GIOVANILI, SPORT, ATTIVITÀ PRODUTTIVE, CULTURA e TURISMO

Ufficio Integrazione Scolastica e Disabilità Sensoriale Via Roma 19, Palermo Fax 091.6628803

OGGETTO : Accesso ai Servizi di Integrazione Scolastica a. s. 2016/2017

Prima domanda

Rinnovo domanda

(barrare un'alternativa)

Il sottoscritto _____ (cognome e nome) cell. _____

telefono _____ E-MAIL _____ che esercita la potestà genitoriale

COGNOME E NOME dello/a studente/ssa: _____ carrozzina Si No

nato/a il _____ Città o Stato estero di nascita _____ residente in

Via _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

iscritto/a nel prossimo a.s. alla classe _____ presso l'ISTITUTO (Nome) _____

Succursale di _____ (Città), Via _____

Preso atto che la presente ricognizione ha effetti conoscitivi in quanto: l'attivazione del servizio è subordinata agli effetti della riforma delle Province (oggi Città Metropolitana) in atto all'esame dell'Assemblea Regionale, ed alla copertura finanziaria attualmente non disponibile per i pesanti e gravosi tagli e trasferimenti regionali e nazionali.

CHIEDE (verbale G.L.I.S. del _____)

L'accesso al Servizio di :

- Assistenza igienico personale
- Assistenza alla comunicazione per disabili sensoriali Lis Braille Oralista
- Assistenza all'autonomia
- Trasporto casa /scuola Andata Ritorno Andata e Ritorno

A tal fine, il sottoscritto segnala che lo studente sopraindicato, il prossimo a.s. frequenterà:

- in **MANIERA RIDOTTA** rispetto al normale orario scolastico si no
- Indicare monte ore settimanali di frequenza : n° h _____

ALLEGÀ pertanto la seguente documentazione necessaria per accedere al Servizio :

- Verbale di accertamento dell'handicap, art. 3 comma 3 L. 104/92, in corso di validità redatto dalla Commissione Medica L. 104/92 dell'A.S.P., o certificato Medico ad uso scolastico, rilasciato dall'A.S. P., valido per il prossimo a. s.; per i disabili sensoriali o la certificazione su indicata oppure: per i sordi certificazione specialistica ai sensi della L. 381/70, per i ciechi certificazione specialistica ai sensi della L. 382/70;
- Copia di documento di identità del genitore/curatore/tutore/amministratore di sostegno;
- Verbale GLIS completo;
- Diagnosi funzionale o profilo dinamico funzionale validi per il prossimo a. s.
- Se l'alunno maggiorenne è interdetto/inabilitato oppure fruisce dell'amministratore di sostegno produrre copia di tale documentazione e documento di identità.

Eventuali ulteriori comunicazioni _____

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'Art. 76 del D. P. R. 445 del 28-12-2000, ai sensi dell'Art. 46 D. P.R. 445 del 28-12-2000 e del fatto che sui dati sopra dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi della normativa vigente, ed autorizza il trattamento dei dati sia personali che sensibili ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 (vedi informativa sulla privacy inviata dal Servizio)

Data _____

IL Dirigente Scolastico

Per accettazione, l'esercente la potestà genitoriale