

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

OGGETTO: Servizio di Integrazione Scolastica per studenti con disabilità frequentanti gli Istituti comprensivi del Consorzio Ambito Territoriale Sociale Br/3. A.S. 2024-2025.

Il/la sottoscritto/a

Nome	
Cognome	
Data e luogo di nascita	
Luogo e indirizzo di residenza	
Telefono cellulare e mail	

Nella sua qualità di _____¹ dello/a studente/ssa di cui si indicano le seguenti generalità anagrafiche:

Nome	
Cognome	
Data e luogo di nascita	
Luogo e indirizzo di residenza ²	
Sede Istituto di scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado da frequentare nell'A.S. 2024/2025 ³	
Classe e sezione da frequentare nell'A.S. 2024/2025.	

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 con disabilità.

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, come da Circolare del 03.06.2024 prot. 4000;
- che i dati anagrafici sopra riportati sono corrispondenti al vero;
- che lo/a studente/ssa necessita di assistenza specialistica in quanto presenta 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) Eventuale documentazione attestante la condizione di beneficiario/a di misura di contrasto alla povertà (ADI, RED ecc...), unitamente alla copia dell'attestazione Isee 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) 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;
- 4) Fotocopia di valido documento di riconoscimento e del codice fiscale del/la dichiarante;
- 5) Eventuale ulteriore documentazione sanitaria, ritenuta utile e/o opportuna ai fini della definizione dei bisogni dell'utente nel processo di inclusione.