

REGIONE DEL VENETO
UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 1- BELLUNO

Distretto Socio Sanitario n° 1 di Pieve di Cadore

U. O. Disabilità ed Integrazione Sociale

RICHIESTA DI INTERVENTO DEL SERVIZIO SOCIALE DISABILITA' AI FINI DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SCOLASTICA - (L.104/92, circ. reg. 33/93, Accordo di Programma 2001) -

• **Scheda di presentazione dell'alunno portatore d'handicap**

Istituto Comprensivo/Polo di _____

Scuola _____ di _____

Alunno _____

Classe _____ n. alunni nella classe _____

Data di Nascita _____ Sesso M F

IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE STATO DI HANDICAP (ART 3 Legge 104/92)

- | • L'alunno necessita di: | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Assistenza per l'autonomia personale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.a. accompagnamento per gli spostamenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.b. assistenza per l'igiene personale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.c. assistenza per l'alimentazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.d supporto educativo in attività extra o para scolastiche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ausili | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Altro _____ | | |

• **L'alunno ha usufruito nell'anno scolastico in corso di:**

Insegnante di sostegno	n. ore
Addetto all'assistenza (A.ulss)	n. ore
Educatore Professionale (A.ulss)	n. ore
"Ripetitore/lettore" assegnato dalla Provincia	n. ore
Altro	

• **Continuità didattica dei docenti nella classe dell'alunno:**

Insegnanti che hanno compilato la scheda

Si allegano:

- la certificazione rilasciata dallo specialista o dall'UVMD per l'anno scolastico in corso;
- la certificazione dello stato di handicap (art.3 Legge 104/92)

Scheda relativa alla scuola di frequenza dell'alunno

Istituto comprensivo/Polo _____

- **Zona d'ubicazione della scuola:**

Centro paese o periferia _____

Località servita da mezzi pubblici _____

Eventuali difficoltà per raggiungere la scuola _____

- **Presenza o meno di barriere architettoniche**

- **Presenza personale A.T.A.**

n. unità _____

sesto _____

n. unità specializzate nell'attività con persone con disabilità _____

UTENZA

(vanno inseriti i dati relativi agli alunni iscritti per l'anno scolastico in corso)

Ordine di scuola	n. alunni iscritti			n. alunni certificati in condizione di handicap		
	M	F	tot	M	F	tot
Scuola dell'infanzia privata						
Scuola dell'infanzia pubblica						
Scuola primaria						
Scuola secondaria di primo grado						
Scuola secondaria di secondo grado						
TOTALE						

- **Segnalare l'offerta formativa dell'Istituto Comprensivo/Polo**
(per l'anno in corso e, dove già programmata, quella dell'anno scolastico relativo alla richiesta)

Titolo progetti:

per la sezione/Classe _____

Collaborazione con soggetti esterni

data

Firma

INFORMATIVA PER I GENITORI DELL'ALUNNO

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto _____ dichiara di essere stato informato sulle finalità della richiesta di intervento del servizio sociale disabilità ai fini dell'integrazione sociale e scolastica - (L.104/92, circ. reg. 33/93, Accordo di Programma 2001) ed esprime il proprio consenso con apposizione della firma.

Luogo, data

Firma _____

INFORMATIVA SULLA RISERVATEZZA DEI DATI

Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - **Codice in materia di protezione dei dati personali**

Consolidato con la legge 26 febbraio 2004, n. 45 di conversione con modifiche dell'art. 3 del d.l.24 dicembre 2003, n. 354

La normativa in vigore in materia di protezione dei dati personali stabilisce che il trattamento dei dati personali si debba svolgere nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone, con particolare riferimento al diritto alla riservatezza.

La persona deve essere informata in merito alle finalità ed alle modalità di raccolta, conservazione e trattamento dei dati personali e pertanto si informa/no il/i sottoscrittore/i nel presente documento che:

- a) I dati raccolti sono destinati esclusivamente all'approntamento della pratica di erogazione dei servizi richiesti e verranno trattati, mediante inserimento in un archivio elettronico allo scopo di gestire l'erogazione dei servizi richiesti;
- b) Il conferimento di tali dati è obbligatorio;
- c) In loro difetto non sarà possibile procedere con la valutazione e l'erogazione dei servizi richiesti;
- d) I dati potranno essere comunicati, per quanto di competenza, ai soli soggetti previsti dalla normativa in relazione alle finalità per i quali sono raccolti (Regione, Comune, Ulss) ed al di fuori di tale ambito non verranno forniti ad alcuno;
- e) Le persone cui le informazioni si riferiscono hanno il diritto di conoscere quali loro dati personali siano stati raccolti e gestiti e di richiedere l'eventuale cancellazione o rettifica di tali informazioni, ovvero di opporsi al loro trattamento (in tal caso con le conseguenze di cui al punto c).

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiaro che mi sono state illustrate, in sintesi le norme sulla riservatezza dei dati e le modalità e finalità di trattamento dei dati personali e che consapevolmente sottoscrivo il mio consenso alla loro raccolta e al loro trattamento per le finalità esplicitate:

- RICHIESTA INTERVENTI DI SUPPORTO ALL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA

Firma _____

SCHEDA DI RICHIESTA INTERVENTO EDUCATORE PROFESSIONALE

ISTITUTO: _____

ALUNNO: _____

TIPO DI
DISABILITA': _____

CLASSE DI
APPARTENENZA: _____

MOTIVAZIONE DELLA
RICHIESTA: _____

DATA: _____

FIRMA E QUALIFICA DEL COMPILATORE:
