



Lì

Al Responsabile Servizi Educativi  
Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto: Richiesta per assistenza educativa specialistica per anno sc. \_\_\_\_\_**

Si dichiara che il minore \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
iscritto alla classe \_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_  
( • tempo pieno • modulo) segue

- programma della classe ad obiettivi minimi
- programma differenziato.

Il minore in possesso di:

- Diagnosi Funzionale (data \_\_\_\_\_)
- Riconoscimento Legge 104 (data \_\_\_\_\_)
- Gravità

usufruisce di:

- o Assistenza Educativa Scolastica Comunale per \_\_\_\_\_ ore settimanali
- o Assistenza Educativa Domiciliare Comunale per \_\_\_\_\_ ore settimanali
- o Attività Didattica Domiciliare con contributo provinciale per \_\_\_\_\_ ore settimanali
- o Attività Didattica Domiciliare privata per \_\_\_\_\_ ore settimanali
- o Insegnante di Sostegno per \_\_\_\_\_ ore settimanali
- o Monitoraggio e consulenza UMEE
- o Trattamento riabilitativo privato per \_\_\_\_\_ ore settimanali
- o Trattamento riabilitativo UMEE in orario scolastico 0 extra scolastico 0

( il \_\_\_\_\_ dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ )

- Trasporto sociale.
- dell'aiuto da parte dei collaboratori scolastici: • per accedere/uscire dalla scuola e spostamenti interni • per uso servizi igienici e cura personale
- di attrezzature tecniche, materiale didattico e ausili personali \_\_\_\_\_

**Data definizione richiesta**

Per quanto sopra rilevato si chiede

- l'ATTIVAZIONE
- la PROSECUZIONE

**1)del Servizio di Assistenza Educativa Specialistica relativamente a :**

- Area della Comunicazione \_\_\_\_\_
- Area dell'Autonomia \_\_\_\_\_
- Area della Socializzazione \_\_\_\_\_

**per un totale di \_\_\_\_\_ ore settimanali**

**0** Si richiede per dare continuità all'intervento educativo di confermare l'incarico all'attuale figura educativa scolastica.

**2)del Servizio educativi domiciliare**

**Per un totale di \_\_\_\_\_ ore settimanali**

**0** Si richiede per dare continuità all'intervento educativo di confermare l'incarico all'attuale figura educativa domiciliare

*Componenti Sanitari*

Cognome e nome	Qualifica	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*Componenti Familiari*

Cognome e nome	Qualifica	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*Componenti Enti Locali*

Cognome e nome	Qualifica	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*Componenti Scolastici*

Cognome e nome	Qualifica	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____