DENOMINAZIONE della SCUOLA PARITARIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(specificare l’ordine INFANZIA, PRIMARIA (senza parifica ), SECONDARIA I°/ II GRADO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_\_\_ TEL.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FRAZIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spett.le

U.S.R per il VENETO

Ufficio Scolastico TERRITORIALE

di Padova

Via delle Cave,180

Integrazione Scolastica

Oggetto: Domanda di contributo fondi per l'integrazione alunni DISABILI scuole paritarie

- Anno scolastico 2015-16.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di Legale Rappresentante della Scuola paritaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sita nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Frazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede

Che la scuola sia inclusa nell'assegnazione dei fondi a favore dell'integrazione di alunni disabili per le scuole paritarie, per l'anno scolastico 2015/2016.

A tal scopo dichiara, sotto la propria responsabilità, che risultano iscritti ed effettivamente frequentanti in questa istituzione scolastica i seguenti alunni certificati:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Iniziali cognome e nome Alunno | Data di Nascita | Classe frequentata  (se scuola Infanzia: piccoli, medi, grandi) | Numero di alunni della classe | Tipo di disabilità  ( riportare dalla certificazione) | Gravità  1,2,3, |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Si allega alla presente copia della certificazione prevista dalla L. 104/92 e copia del verbale U.V.M.D.

Si dichiara inoltre che sono state attivate le seguenti misure per favorire l'integrazione:

1) Per ogni alunno portatore di handicap si specifica l'assunzione di personale docente di sostegno (nominativo e titolo di studio), come riportato nella tabella seguente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Iniziali dell’alunno (cognome e nome + data di nascita) | Cognome e nome Insegnante di sostegno assunta dalla scuola  (NO ASSISTENTE AUSL ) | Titolo di studio  dell'insegnante di sostegno | Numero di ore settimanali di intervento (previste dall’eventuale contratto di assunzione ) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

2) A documentazione delle misure messe in atto per l'inclusione degli alunni si allega copia del PEI (Piano Educativo Individualizzato).

3) Per ogni alunno disabile specificare se è stato assegnato l'addetto all'assistenza fornito dalle ULSS od altro personale di assistenza e per quante ore settimanali (Provincia per disabili sensoriali)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Iniziali dell’alunno (cognome e nome +  data di nascita) | Cognome e nome addetto all'assistenza  Fornito dall'ULSS | Altro personale  (specificare da chi è fornito) | Numero di ore settimanali di intervento |
|  |  |  |  |

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_