|  |
| --- |
| **DENOMINAZIONE della SCUOLA PARITARIA** |
| **Codice Fiscale** | **Codice Meccanografico** |
| **Specificare l’ordine INFANZIA, PRIMARIA (senza parifica ), SECONDARIA I GRADO / II GRADO** |
| **Indirizzo** | **Tel.** | **Mail** |
| **Comune** | **Frazione** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.leU.S.R per il VENETO Ufficio Ambito TERRITORIALE di Padovavia delle Cave,180Interventi Educativi Ufficio Inclusione |

Oggetto

Domanda di contributo fondi per l'inclusione di alunni certificati ai sensi della legge 104/92 nelle scuole paritarie. Anno scolastico 2018-2019.

Il sottoscritto

in qualità di Legale Rappresentante

chiede

che la scuola sia inclusa nell'assegnazione dei fondi a favore dell'inclusione di alunni disabili nelle scuole paritarie per l'anno scolastico 2018-2019.

A tal scopo dichiara, sotto la propria responsabilità, che sono iscritti ed effettivamente frequentanti i seguenti alunni certificati:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **Cognome e Nome Alunno****(Iniziali)** | **Data di Nascita** | **Classe frequentata****(se scuola Infanzia: piccoli, medi, grandi)** | **Numero di alunni della classe** | **Tipo di disabilità****(riportare dalla certificazione)** | **Gravità****UVDM - DPCM n.185/06****art. 2, L.104/92 art. 3, comma 3****(SI/NO)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |

Si trasmette, unitamente alla presente, copia della certificazione prevista dalla L. 104/92, copia del verbale UVMD, **P**iano **E**ducativo **I**ndividualizzato delle azioni messe in atto per l'inclusione scolastica dei suindicati alunni.

Si dichiara inoltre che per ogni alunno portatore di handicap sono state attivate le seguenti misure inclusive:

1. personale docente di sostegno

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **Cognome e** **Nome Alunno****(Iniziali)** | **Data di Nascita** | **Cognome e nome Insegnante di sostegno assunta dalla scuola****(NO ASSISTENTE ULSS )** | **Titolo di studio****dell'insegnante di sostegno** | **Numero di ore settimanali di intervento (previste dall’eventuale contratto di assunzione)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |

1. personale addetto all’assistenza (fornito dall’ULSS o provincia per disabili sensoriali)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **Cognome e** **Nome Alunno****(Iniziali)** | **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** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |

*Il punto seguente va definito, cancellando la voce di non pertinenza, solo da parte delle* ***scuole primarie con convenzione*** *come da nota USR Prot. 20810 del 09-10-2018.*

1. è stata oppure non è stata chiesta all’USR la modifica della convenzione per un aumento o una diminuzione delle ore di sostegno per l’anno scolastico 2018-2019, rispetto a quanto già riconosciuto per lo scorso anno scolastico.

|  |
| --- |
| **Data** |
|  | Timbro | Firma del Legale Rappresentante |
|  |  |  |