

**Azienda ULSS n. 1 Dolomiti**PEC: [protocollo.aulss1@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss1@pecveneto.it)

Sede legale: via Feltre, n. 57 – 32100 – BELLUNO

Centralino Belluno: 0437 516111 Centralino Feltre: 0439 883111

Codice Fiscale e Partita IVA: 00300650256

**ASSEGNAZIONE OPERATORE SOCIO SANITARIO  
AI FINI DELL' INTEGRAZIONE SCOLASTICA DI STUDENTI CON DISABILITA'**  
(L. 104/92 - Circ. Reg. n.33/93 - Accordo di Programma 2014)

<b>ISTITUTO</b> _____
-----------------------

<b>COGNOME</b> _____	<b>NOME</b> _____
<b>DATA DI NASCITA</b> _____	<b>LUOGO</b> _____
<b>SCUOLA FREQUENTATA</b> _____ <b>classe</b> _____	
<b>NUOVA RICHIESTA</b> <input type="checkbox"/>	<b>RINNOVO</b> <input type="checkbox"/>

**L'ALUNNO E' IN POSSESSO DELL'ART. 3 COMM 3 – Situazione di gravità –**

L'alunno necessita di :

## 1. Assistenza per l'autonomia personale:

- accompagnamento per gli spostamenti
- assistenza per l'igiene personale
- assistenza per l'alimentazione
- supporto per l'esecuzione di attività scolastiche

## 2. Uso di ausili

## 3. Altro \_\_\_\_\_

**NO****SI**

L'alunno nell'anno scolastico in corso frequenta la classe \_\_\_\_\_ con il seguente orario: \_\_\_\_\_

L'alunno nell'anno scolastico 2024/25 frequenterà la classe \_\_\_\_\_ con il seguente orario \_\_\_\_\_

**L'alunno ha usufruito nell'a/s in corso**

Insegnante di sostegno	n° ore: _____
Operatore Socio Sanitario	n° ore: _____
Assistente alla comunicazione	n° ore: _____
Altro	n° ore: _____

**Richiesta OSS per l'a/s 2024/25**

n° ore: _____	<input type="checkbox"/> Preferibilmente al mattino
	<input type="checkbox"/> Preferibilmente al pomeriggio

**CONSENSO INFORMATO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ genitori del/della minore  
\_\_\_\_\_ dichiarano di essere stati informati della  
richiesta all'azienda Ulss 1 Dolomiti di assegnazione dell'operatore socio-sanitario ed esprimono il  
proprio consenso.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dei Genitori \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_