Denominazione scuola Codice Meccanografico SIDI Tipologia (Infanzia, Primaria, Secondaria I/II grado) via n. tel. Comune

Spett.le

# Ministero dell’Istruzione e del Merito

# Ufficio IV Ambito Territoriale di Belluno

Ufficio Interventi Educativi via S. Andrea 1

32100 – BELLUNO

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

Anno scolastico 2024/2025.

Il sottoscritto

in qualità di Legale Rappresentante della Scuola paritaria

# 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 2024/2025.

A tal scopo dichiara che risultano iscritti, ed effettivamente frequentanti, in questa istituzione scolastica i

seguenti alunni certificati:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Codice** identificativo dell’alunno | **Classe** frequentata  (se scuola infanzia: piccoli, medi, grandi) | **Numero** di alunni della classe | **Tipologia disabilità**  (riportare codici indicati dalla certificazione) | **Gravità**  Art.3 comma 3  (riportare dalla certificazione) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Per ciascun alunno disabile si allega **copia della certificazione (Verbale UVMD)** esclusivamente rilasciata ai sensi della Legge 104/92.

a) Per ogni alunno con certificazione di disabilità si descrivono brevemente le misure messe in atto per favorire l'integrazione degli alunni nelle sezioni di scuola dell’infanzia o nelle classi comuni delle scuole primarie e secondarie *(PEI)*

|  |
| --- |
| Misure messe in atto per l’integrazione |
|  |

1. Per ogni alunno con certificazione di disabilità si specifica l'assunzione di personale docente di sostegno (nominativo e titolo di studio) come riportato nella tabella seguente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Codice** identificativo dell’alunno | Cognome e nome  Insegnante di sostegno assunta dalla scuola (no assistente ULSS) | Titolo di studio dell’insegnante di  sostegno | Numero di ore settimanali intervento (previste dal contratto di assunzione) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Per ogni alunno con certificazione di disabilità specificare se è stato assegnato l'addetto

all'assistenza fornito dalle Ulss o altro personale di assistenza (Provincia per disabili sensoriali)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Codice** identificativo dell’alunno | 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

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

Si allega fotocopia documento identità