

Regione del Veneto

REGIONE DEL VENETO



ULSS1  
DOLOMITI

## 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 8831

Codice Fiscale e Partita IVA: 00300650256

**Distretto di Belluno – Distretto di Feltre**

U.O.C. DISABILITÀ e NON AUTOSUFFICIENZA DI BELLUNO

Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale

U.O.C. INFANZIA ADOLESCENZA FAMIGLIA CONSULTORI DI FELTRE

UOS ETA' EVOLUTIVA - Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale

Prot. n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Belluno, **10 GEN. 2025**

Alla cortese attenzione del Dirigente  
Ufficio Scolastico Territoriale  
**dott. Massimiliano Salvador**  
Via Sant'Andrea, 1  
32100 Belluno (BL)  
[uspbl@postacert.istruzione.it](mailto:uspbl@postacert.istruzione.it)

p.c. Responsabile per l'Inclusione Scolastica UST  
**Prof.ssa Antonella Gris**  
Via Mezzaterra, 68  
32100 Belluno (BL)  
[antonella.gris@posta.istruzione.it](mailto:antonella.gris@posta.istruzione.it)

**OGGETTO: applicazione Accordo di Programma 2014 - richiesta intervento ai fini dell'integrazione scolastica 2025/2026**

Si trasmette in allegato il modello per la richiesta di intervento ai fini dell'integrazione scolastica per l'anno 2025/26 in favore degli alunni con disabilità certificata, Legge 104/92, art.3 comma 3 da trasmettere entro e non oltre il **28 febbraio 2025** ai servizi di competenza territoriale, sulla base della residenza dell'alunno:

Ambito **BELLUNO** - U.O.S Disabilità SISS, via Sala n.35 - Cusighe (Belluno)  
Tel. 0437.514972 - Email: [integrazionescolastica.bl@aulss1.veneto.it](mailto:integrazionescolastica.bl@aulss1.veneto.it)

Ambito **AGORDINO** – U.O.S Disabilità SISS, via Dozza n.2 - Agordo (BL)  
Tel. 0437.645386 - Email: [integrazionescolastica.ag@aulss1.veneto.it](mailto:integrazionescolastica.ag@aulss1.veneto.it)

Ambito **CADORE** – U.O.S. Disabilità SISS, via Carducci n.30 - Pieve di Cadore (BL)  
Tel 0435.341525/341533 Email: [integrazionescolastica.pc@aulss1.veneto.it](mailto:integrazionescolastica.pc@aulss1.veneto.it)

Ambito **FELTRE** - U.O.S. Servizio per l'Età Evolutiva, via Marconi n.7 - Feltre (BL)  
Tel 0439.883160 - Email: [etaevolutiva.fe@aulss1.veneto.it](mailto:etaevolutiva.fe@aulss1.veneto.it)

Le domande saranno esaminate dal Servizio e potranno prevedere approfondimenti prima dell'assegnazione dell'operatore socio – sanitario. L'individuazione degli alunni beneficiari avverrà secondo dei criteri di priorità, che sono stati illustrati durante l'incontro di GLPT provinciale del 17.09.2024, e sono:

- 1° assenza o grave compromissione delle autonomie di base
- 2° ritardi cognitivi medi
- 3° patologia dovuta ad autismo: in base anche alla valutazione dei clinici sul livello di compromissione generale
- 4° sindromi organiche

Non si assicura che tutte le richieste possano essere accolte e/o destinatarie delle ore di assistenza indicate nel modulo.

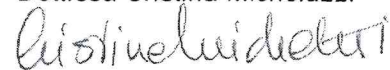
L'assegnazione dell'O.S.S. è oggetto di comunicazione e definizione nell'ambito dei gruppi territoriali GLPT per l'applicazione dell'Accordo di Programma del 2014.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE  
U.O.C. DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA  
di Belluno  
Dott.ssa Milena Guglielminetti



IL DIRETTORE ff  
UOC INFANZIA ADOLESCENZA  
FAMIGLIA E CONSULTORI di Feltre  
Dott.ssa Cristina Micheluzzi



## Azienda ULSS n. 1 Dolomiti



PEC: 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

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

Ambito **BELLUNO** email: [integrazionescolastica.bl@aulss1.veneto.it](mailto:integrazionescolastica.bl@aulss1.veneto.it)

Ambito **AGORDINO** email: [integrazionescolastica.ag@aulss1.veneto.it](mailto:integrazionescolastica.ag@aulss1.veneto.it)

Ambito **CADORE** email: [integrazionescolastica.pc@aulss1.veneto.it](mailto:integrazionescolastica.pc@aulss1.veneto.it)

Ambito **FELTRE** email: [etaevoutiva.fe@aulss1.veneto.it](mailto:etaevoutiva.fe@aulss1.veneto.it)

(barrare e trasmettere al servizio di competenza territoriale, sulla base della residenza dell'alunno)

**ISTITUTO** \_\_\_\_\_

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_ **LUOGO** \_\_\_\_\_

**SCUOLA FREQUENTATA** \_\_\_\_\_ **classe** \_\_\_\_\_

**NUOVA RICHIESTA**  **RINNOVO**

**L'ALUNNO/A E' IN POSSESSO DELL'ART. 3 COMMA 3 – Situazione di gravità –**

L'alunno necessita di :

	<b><u>NO</u></b>	<b><u>SI</u></b>
1. Assistenza per l'autonomia personale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o accompagnamento per gli spostamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o assistenza per l'igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o assistenza per l'alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o supporto per l'esecuzione di attività scolastiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Uso di ausili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Altro _____		

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

L'alunno nell'anno scolastico 2025/26 frequenterà la classe \_\_\_\_\_ con il seguente orario \_\_\_\_\_

**L'alunno/a 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 2025/26**

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_