

# 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 DISABILITÀ**  
(Legge 104/92 – Circ. Reg. n. 33/93 – Accordo di Programma 2014)

ISTITUTO \_\_\_\_\_

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

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

SCUOLA FREQUENTATA \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_

NUOVA RICHIESTA  RINNOVO

**L'ALUNNO È TITOLARE DELL'ART. 3 COMMA 3 – Situazione di gravità –**

L'alunno necessita di:	<b>NO</b>	<b>SÌ</b>
1. assistenza per l'autonomia personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● accompagnamento per gli spostamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● assistenza per l'igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● assistenza per l'alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● 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 nel prossimo anno scolastico frequenterà la classe \_\_\_\_\_ con il seguente orario \_\_\_\_\_

**L'alunno usufruito nell'anno scolastico in corso:**

Insegnante di sostegno	n. ore
Addetto all'assistenza	n. ore
Ripetitore/lettore	n. ore
Altro	n. ore

**CONSENSO INFORMATO**

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

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

Firma dei genitori \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Intestazione Istituto*

Ai sensi della Legge 104/92 e successive integrazioni e modificazioni nazionali e regionali e del l'Accordo di Programma siglato nel 2014, con la presente si richiede:

l'attivazione di un progetto di integrazione scolastica in favore dell'alluno/a

---

A tal fine si allega:

- scheda di presentazione dell'alunno/a portatore di handicap con il consenso informato dei genitori.

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

Firma \_\_\_\_\_