



Istituto Comprensivo Statale "C. Ederle"

C.so Fraccaroli, 58 – 37049 Villa Bartolomea (VR)

Tel. 0442/659903 - Fax 0442/659909 – Sito: www.icvillabartolomea.gov.it

e-mail: vric84600r@istruzione.it - PEC: vric84600r@pec.istruzione.it

Circolare n.

Villa Bartolomea, 17 gennaio 2018

AI DOCENTI
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI VILLA BARTOLOMEA

Oggetto: RICHIESTA NUOVE CERTIFICAZIONI AI SENSI DELLA Legge 104/92 PER L'ANNO SCOLASTICO 2018/2019

Si ricorda che il 31 gennaio 2018 è il termine ultimo per la richiesta all'ASL di nuove certificazioni ai sensi della L. 104/92 per gli alunni in situazione di difficoltà di apprendimento e quindi per avere, dopo accertamento da parte degli specialisti, la possibilità dell'assegnazione del docente di sostegno alla classe per l'anno scolastico 2018/2019.

Si fa presente che la scuola deve inviare all'equipe ASL una relazione descrittiva della problematica rilevata a scuola firmata da entrambi i genitori.

Nella relazione vanno indicati i dati anagrafici dell'alunno, le informazioni significative (comportamenti, abitudini, partecipazione a gruppi sportivi e/o ricreativi, figure di riferimento, eventuali problemi sanitari, atteggiamenti, prospettive), i dati emersi dalle osservazioni della scuola riguardo l'autonomia personale e gli aspetti cognitivi, la socializzazione e gli aspetti relazionali.

Per ogni ulteriore informazione o chiarimento vi invito a contattare l'insegnante Nicoletta Rossi (FS).

N.B.: - Si allega alla presente il modulo per le segnalazioni.

Cordiali saluti.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Cristina Ferrazza

Prot. n.

All'Azienda U.L.S.S. n° 9
Direttore Distretto Socio Sanitario Dott. Dario Zanon
Responsabile U.O.S. DISABILITA' Dott.ssa Luisa Andreetta
Centro Accreditato

Nuova segnalazione Richiesta di rinnovo

Relazione descrittiva dell'alunno

.....
Ai sensi dell'art.3 e art 12 della L.104/92 e del DPCM 185/2006, valida per l'integrazione scolastica Si segnala l'alunno/a sotto indicato per gli approfondimenti di competenza.

Cognome nome

Luogo di nascita data

Indirizzo (via, Comune)

Tel.

IINDIRIZZO DEI GENITORI : (obbligatorio)

PADRE _____ via

_____ Comune

_____ CAP _____ e-mail

_____ MADRE

_____ via

_____ Comune

_____ CAP _____ e-mail _____ L'alunno/a frequenta:

Scuola infanzia (denom.e

indirizzo).....

Sezione relativa agli anni: 3 4 5

per ore settimanali.....con mensa: sì no

Scuola primaria Scuola secondaria I° grado Scuola

secondaria II° grado

Denominazione e indirizzo

Classe.....sez..... per ore settimanali..... con n° rientri pomeridiani.....

con presenza a mensa : sì no per n. volte _____

Curriculum scolastico svolto nido primaria

Infanzia secondaria I° grado Figure di supporto già assegnate

all'alunno _____

[illegible][illegible][illegible]

ALTRI ASPETTI SIGNIFICATIVI RILEVATI

Data

I docenti dell'alunno _____

_____ I genitori dell'alunno (firma obbligatoria di entrambi i genitori) il Dirigente Scolastico I sottoscritti genitori/tutori autorizzano gli operatori Aulss a comunicare alla scuola la data della prima visita con lo specialista che avvia la valutazione a favore del/la proprio figlio/a.
Firma di entrambi i genitori