

**DENOMINAZIONE della SCUOLA PARITARIA**

\_\_\_\_\_  
(specificare l'ordine INFANZIA, PRIMARIA, SECONDARIA I°/ II GRADO)

\_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
COMUNE \_\_\_\_\_ FRAZIONE \_\_\_\_\_

Spett.le  
U.S.R per il VENETO  
Ufficio Scolastico TERRITORIALE  
Di Padova  
Via Michele Sanmicheli, 2  
Integrazione Scolastica

Oggetto: alunni **DISABILI** scuole paritarie . Rilevazione dei dati.  
- Anno scolastico 2011/2012.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
In qualità di Legale Rappresentante della Scuola paritaria

\_\_\_\_\_  
Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Frazione \_\_\_\_\_  
In Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Dichiara che risultano iscritti ed effettivamente frequentanti in questa istituzione scolastica i seguenti alunni certificati:

Iniziali cognome e nome Alunno	Data di Nascita	Classe frequentata (se scuola Infanzia: piccoli, medi, grandi)	Numero di alunni della classe	Tipo di disabilità ( riportare dalla certificazio ne)	Gravità 1,2,3,

1. Si allega alla presente, copia della documentazione (certificazione di handicap + UVMD) rilasciata dal competente Servizio presso la struttura pubblica (ULSS) o da un Centro convenzionato con la stessa per il rilascio della certificazione.

2. Si dichiara inoltre che sono state attivate le seguenti misure per favorire l'integrazione: a) per ogni alunno portatore di handicap si specifica l'assunzione di personale docente di sostegno (nominativo e titolo di studio), come riportato nella tabella seguente:

Iniziali dell'alunno (cognome e nome + data di nascita)	Cognome e nome Insegnante di sostegno assunta dalla scuola (NO ASSISTENTE AUSL )	Titolo di studio dell'insegnante di sostegno	Numero di ore settimanali di intervento (previste dal contratto di assunzione )

Per ogni alunno disabile specificare se è stato assegnato l'addetto all'assistenza fornito dalle ULSS od altro personale di assistenza ( Provincia per disabili sensoriali )

Iniziali dell'alunno (cognome e nome + data di nascita)	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

\_\_\_\_\_