|  |
| --- |
| REGIONE DEL VENETOAZIENDE ULSS N° 18 di Rovigo e N° 19 di Adria |
|  |

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI PORTO VIRO**

 Via Cavalieri di Vittorio V. n.2 – 45014 Porto Viro- tel.0426.631742

(*Denominazione dell'Istituzione Scolastica)*

*Prot.n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |
| --- |
| R I C H I E S T A P E R S O N A L E S O C I O – S A N I T A R I OANNO SCOLASTICO 2013 /2014 |

*Si segnala a codesta Amministrazione l'alunno/a sottoindicato per l'assegnazione di personale socio – sanitario come richiesto dalla certificazione e diagnosi funzionali allegate.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome |  |
| Nato/e il |  | a |  |
| Indirizzo |  | telef. |  |

* *TEMPO SCUOLA (N. ORE DI FREQUENZA PREVISTE)*
* Scuola dell'Infanzia (denom.e indirizzo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sezione relativa agli anni :

* 3 Mista SI NO per ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ compresa mensa SI NO
* 4 Mista SI NO per ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ compresa mensa SI NO
* 5 Mista SI NO per ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ compresa mensa SI NO
* Scuola primaria (denom.e indirizzo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_ N.ore settimanali \_\_\_\_\_\_ N.rientri pomeridiani \_\_\_\_\_\_\_ compresa la mensa SI NO

* Scuola Secondaria 1° Grado (denom. e indirizzo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_ N.ore settimanali \_\_\_\_\_\_ N.rientri pomeridiani \_\_\_\_\_\_\_ compresa la mensa SI NO

* Scuola Secondaria 2° Grado (denom. e indirizzo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_ N.ore settimanali \_\_\_\_\_\_ N.rientri pomeridiani \_\_\_\_\_\_\_ compresa la mensa SI NO

**Indicazione delle funzioni e dei compiti del personale richiesto**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

*Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

(La richiesta di assegnazione deve essere presentata dal Dirigente Scolastico al Servizio di integrazione scolastica/riabilitazione dell’Azienda ULSS competente per territorio e per conoscenza ai Comuni di competenza entro il 31 maggio)