

**RIEPILOGO ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

- |   |  |
|---|--|
| • ore settimanali di sostegno, con personale docente, avute a favore dell'alunno disabile a. s. ____ - ____ |  |
|---|--|

**INFORMAZIONI ANNO SCOLASTICO CORRENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_****INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE DELLA CLASSE DI PERTINENZA**

- |  |  |
|--|--|
| • ore settimanali di sostegno con personale docente richiesto per l'anno ____ - ____ |  |
| • ore settimanali di assistenza con personale ULSS richieste per l'anno ____ - ____  |  |
| • alunni previsti nella classe di appartenenza                                       |  |

**INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE GENERALE DELLA SCUOLA****PERSONALE NON DOCENTE (ausiliario, collaboratore scolastico, ecc...)**

| N.   | QUALIFICA | CONTRATTO DI LAVORO |    |
|--|-----------|---------------------|----|
|  |           |                     |    |
|  |           |                     |    |
| Per le scuole dell'Infanzia  |           |                     |    |
| Ha avuto accesso ai contributi regionali<br><b>L. R. n. 23/1982</b> (DGR n. 449 del 28/02/2006)  |           | SI                  | NO |
| Ha avuto accesso a contributi Ministero della Pubblica Istruzione<br>(ex MIUR) <b>L. n. 62/2000</b> tramite l'Ufficio Scolastico Provinciale<br>(ex Centro Servizi Amministrativi CSA) (a.s. precedente) |           | SI                  | NO |

Eventuali altre informazioni che possono essere utili per una migliore organizzazione del Servizio di Integrazione Scolastica Disabili

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

Timbro della Scuola

data \_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

\_\_\_\_\_

**RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI ULSS 17**

Seduta Commissione del .....

Presenti.....

.....

.....

.....

n. ore settimanali riconosciute .....

Periodo dal ..... al .....

Tipologia operatore .....

Motivazioni

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....