|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DENOMINAZIONE della SCUOLA PARITARIA** | | |
| **Codice Fiscale** | **Codice Meccanografico** | |
| **Specificare l’ordine INFANZIA, PRIMARIA (senza parifica ), SECONDARIA I GRADO / II GRADO** | | |
| **Indirizzo** | **Tel.** | **Mail** |
| **Comune** | **Frazione** | |

La domanda di contributo, sottoscritta con firma autografa, va integrata con la fotocopia del documento di identità (costituire un unico file PDF) e inoltrata tramite SIAD (voce di menu “*documentazione*”).

|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.le  U.S.R per il VENETO  Ufficio Ambito TERRITORIALE  di Padova  via delle Cave,180  Interventi Educativi Ufficio Inclusione |

Oggetto

Domanda di contributo fondi per l'inclusione di alunni certificati ai sensi della legge 104/92 nelle scuole paritarie. Anno scolastico 2021-2022.

Il sottoscritto

in qualità di Legale Rappresentante

chiede

che la scuola sia inclusa nell'assegnazione dei fondi a favore dell'inclusione di alunni disabili nelle scuole paritarie per l'anno scolastico 2021-2022.

A tal scopo dichiara, sotto la propria responsabilità, che sono iscritti ed effettivamente frequentanti i seguenti alunni certificati:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **Iniziali Cognome e Nome dell’Alunno** | **Classe frequentata**  **(se scuola Infanzia: piccoli, medi, grandi)** | **Sezione** | **Numero di alunni della classe** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |

Si trasmette, unitamente alla presente, copia della certificazione prevista dalla L. 104/92, copia del verbale UVMD, **P**iano **E**ducativo **I**ndividualizzato delle azioni messe in atto per l'inclusione scolastica dei suindicati alunni.

Si dichiara inoltre che per ogni alunno disabile sono state attivate le seguenti misure inclusive:

1. personale docente di sostegno

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **Iniziali**  **Cognome e Nome dell’Alunno** | **Presenza docente di sostegno assunto dalla scuola**  **(NO ASSISTENTE ULSS) [SI/NO]** | **Numero di ore settimanali di intervento**  **(previste dall’eventuale contratto di assunzione)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |

1. personale addetto all’assistenza (fornito dall’ULSS o provincia per disabili sensoriali)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **Iniziali Cognome e Nome dell’Alunno** | **Presenza addetto all'assistenza fornito dall'ULSS (SI/NO)** | **Presenza altro personale (SI/NO)** | **Altro personale**  **(specificare da chi è fornito)** | **Numero di ore settimanali di intervento** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |

1.  

chiesta all’USR la modifica della convenzione per un aumento o una diminuzione delle ore di sostegno per l’anno scolastico 2021-2022, rispetto a quanto già riconosciuto per lo scorso anno scolastico.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data, |  | | |
|  | | Timbro | Il Legale Rappresentante |
|  | |  |  |
|  | |  | Firma autografa |