

IST. COMPRENSIVO/CIRCOLO DIDATTICO  
(timbro)

Modulo A

AL MUNICIPIO ROMA XIV - MONTE MARIO  
UFFICIO PER L'INTEGRAZIONE E INCLUSIONE SCOLASTICA

**RICHIESTA ASSEGNAZIONE A.E.C./O.E.P.A. PER L'ANNO SCOLASTICO 2020-2021**

Cognome e nome dell'alunno .....  
Luogo e data di nascita .....  
Domicilio .....  
Telefono..... cellulare .....

NUOVO ISCRITTO [ ]

VECCHIO ISCRITTO [ ]

L'alunno frequenterà la seguente scuola:

infanzia comunale .....  
primaria.....

infanzia statale .....  
secondaria I grado .....

Indirizzo della sede scolastica dell'alunno .....  
tel. .... fax .....

Orario scolastico previsto:

Tempo pieno (40 ore settimanali) [ ]

Tempo modulare o ordinario (da 30 a 32 ore settimanali) [ ]

Previsione dell'orario effettivo di frequenza settimanale ( in relazione allo svolgimento in orario scolastico di terapie o altre attività extrascolastiche): .....

Previsione assegnazione ore di sostegno.....

Si allega la seguente documentazione:

- ✓ Modulo B "Dichiarazione del livello di autonomia dell'alunno" a cura dell'ente sanitario di presa in carico;
- ✓ Copia del Verbale legge 104/92 aggiornata (**necessaria per accedere al servizio**);
- ✓ "Certificato di integrazione scolastica" a cura degli operatori sanitari;
- ✓ PEI (Piano Educativo Individuale) solo per i vecchi iscritti.

Ai sensi della legge 196/03, il sottoscritto genitore esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e/o sensibili esclusivamente per le finalità connesse al servizio di cui chiede l'attivazione.

IL GENITORE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



Buono [ ]

**Livello di autosufficienza\_**

(informazioni utili per rendere efficace la collaborazione dell'A.E.C. con il competente personale scolastico)

- nella deambulazione ..... Assolutamente insufficiente [ ]  
Appena sufficiente [ ]  
Buono [ ]

- nella nutrizione ..... Assolutamente insufficiente [ ]  
Appena sufficiente [ ]  
Buono [ ]

- controllo sfinterico ..... SI [ ]  
NO [ ]

- crisi epilettiche ..... SI [ ]  
NO [ ]

**L'alunno ha condotta:**

- Autolesiva [ ]  
- Eteroaggressiva [ ]  
- Agitazione psicomotoria [ ]

Data .....

**L'EQUIPE ASL - Ente Accreditato  
(timbro e firma)**