



Piano Nazionale
SCUOLA digitale



DIREZIONE DIDATTICA STATALE 3° CIRCOLO di ANGRI

Via D. Alighieri, 15 - 84012 ANGRI (SA) - Tel. 081.5138806 -

Cod.Min.: SAEE18300P - Cod.Fisc.: 94008830658 – Cod.IPA: dd3angri - Cod.Univoco: UFTI1K

PEO: saeel8300p@istruzione.it PEC: saeel8300p@pec.istruzione.it Sito web: www.terzocircoloangri.edu.it

Investiamo nel vostro futuro

DIREZIONE DIDATTICA STATALE - III CIRCOLO-ANGRI
Prot. 0008074 del 22/12/2023
V (Uscita)

**Ai Signori Genitori degli alunni interessati di Scuola Primaria
Plessi di Via Lazio, Via Nazionale e Via D. Alighieri**

Agli Atti e Albo della Scuola

Oggetto: Assistenza scolastica specialistica, a.s. 2023/2024. Modalità operative

Si comunica ai Signori Genitori in indirizzo che l'Ambito Territoriale di competenza ha avviato l'attività di cui all'oggetto, al fine di individuare i fruitori del Servizio di Assistenza scolastica specialistica per alunni diversamente abili per l'anno scolastico 2023/24.

Si rammenta che gli alunni da coinvolgere nelle azioni di assistenza scolastica specialistica (fondi Asacom) sono tutti quelli in possesso di regolare diagnosi funzionale, con esclusione, però, dei minori impegnati già nelle attività di tutoraggio educativo.

A tal fine si chiede alle SS.LL., interessati all'attività predetta, di compilare e sottoscrivere il Modulo di scelta della cooperativa, e di riconsegnarlo, debitamente firmato, entro e non oltre **mercoledì 10 gennaio 2024** in Segreteria, rispettando gli orari di ricevimento al pubblico, o a mezzo mail all'indirizzo saeel8300p@istruzione.it.

Si allegano:

1. Modulo di scelta della Cooperativa sociale;
2. Albo dei soggetti accreditati.

**Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Patrizia Del Barone**

(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. Lgs. n. 39/1993)



**Azienda Speciale Consortile
"Comunità Sensibile"**

AMBITO TERRITORIALE S01_2

Tel. 08119175396 P.IVA E C.F. 06047440654

SEDE : Via Leonardo Da Vinci, 18 - 84012 - Anagni (SA)

PEC: comunitasensibile@pec.it

Email: bandizione@comunitasensibile.it

**ASSISTENZA SCOLASTICA SPECIALISTICA- A.S. 2023/2024
MODULO DI SCELTA**

Il Sottoscritt _____, nat. a _____,
il _____ e residente in _____ via _____ n. _____,
tel. _____ codice fiscale _____
genitore dell'alunno _____ codice fiscale _____
nat. a _____, il _____
che frequenta l'Istituto Scolastico _____ classe _____

CHIEDE

Nell'ambito delle attività di inclusione scolastica di poter usufruire del servizio di **assistenza scolastica specialistica**, tramite il sistema dei voucher, come da piano individuale e monte orario definito dall'Azienda, scegliendo, tra i Soggetti erogatori accreditati, la Cooperativa Sociale _____
con la seguente tipologia di operatore _____

Si Allega:

Copia della carta di identità in corso di validità;

Diagnosi Funzionale;

Firma

