*Carta Intestata ASL*

ALLEGATO B

 (fac-simile attestato ASL a firma del Responsabile dell’UMD da utilizzare nel caso in cui l’ASL ne sia sprovvista)

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Bova Marina Condofuri

Al Sindaco del Comune di ………………………………

Oggetto: Assistenza educativa e alla comunicazione (l.104/92 art.13 c.3)

ALUNNO/A…………………………………………………………………………

**Si ATTESTA**

Che il/la minore…………………………………………………………………………………………………. …………………………………….

nato/a a ……………………….il…………………….. e residente a……………………………………...(RC) , via ………….……………………………n. ……….frequentante la classe……………..della scuola………………………………….. plesso ………………………………………Comune di ……………………………………………………..

presenta (barrare con una crocetta)

* grave limitazione nell’area dell’autonomia motoria
* grave limitazione nell’area dell’autonomia personale e sociale
* grave limitazione nell’area della comunicazione

Ai fini dell’integrazione, il/la Minore, necessita, pertanto , oltre che del docente di sostegno di competenza dell’Amministrazione Scolastica, anche di **assistente educativo e alla comunicazione** di competenza dell’Ente Locale ai sensi delle vigenti disposizioni di legge(DPR 6016/77-L. 142/90-L.104/92-Dlgvo 66/2017) **per un numero di ore settimanale:……………………………………..**

DATA……………………………….. Il Responsabile dell’Azienda Sanitaria Provinciale

SOS di Neuropsichiatria Infantile

Età evolutiva- Multidisciplinare –Riabilitazione

Responsabile dott……………………………………………….