**Per consegna a mano:**

**Direzione Area Domiciliarità e Cultura della salute – Via San Tomaso n.3 ,**

**primo piano, stanza 104**

**primo piano, stanza 109**

**Per invio Email pss.scuolasensoriali@comune.milano.it**

A

Comune di Milano

Direzione Area Domiciliarità e Cultura della Salute

Unità operativa Servizi Specialistici persone con disabilità

Via San Tomaso n. 3,

20121 Milano

Oggetto: DOMANDA ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE PER STUDENTI CON DISABILITA’ SENSORIALI (Artt. 5 e 6 L.R. 19/2007) - ANNO SCOLASTICO 2019/2020

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. telefonico per comunicazioni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email di riferimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. telefonico per comunicazioni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email di riferimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Studente iscritto per l’anno 2019/2020 alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_presso l’Istituto scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fa domanda per ricevere l’assistenza alla comunicazione per la/il figlia/o e in particolare per:

* assistenza alla comunicazione per **studenti con disabilità visiva**
* assistenza alla comunicazione per **studenti con disabilità uditiva**
* **consulenza tiflologica**
* fornitura di **materiale didattico speciale e dei libri di testo**

Allega la seguente documentazione:

1. certificazione di disabilità sensoriale;

2. diagnosi funzionale nella quale sia esplicitata la necessità di assistenza per la

comunicazione;

3. verbale del collegio di accertamento per l’individuazione dello studente disabile ai

sensi del DPCM 185/2006, della DGR 3449/2006, integrata dalla DGR 2185/2011);

4. informativa privacy;

5. copia del documento di identità di colui che presenta la domanda.

Distinti saluti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome e cognome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data)