

(Da redigere su carta intestata dell'Istituzione Scolastica/Formativa)

ALLEGATO – Comunicazione casistica A

Alla Direzione Regionale Istruzione, Formazione, Ricerca e Lavoro

Area Attuazione degli Interventi

Pec: attuazioneinterventiformazione@regione.lazio.legalmail.it

Area Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'offerta Di Istruzione, Diritto Allo Studio Scolastico E Universitario Gr 52 04

Pec. assistenzadisabilitasensoriale@regione.lazio.legalmail.it

Il/La sottoscritto/a _____

Dirigente Scolastico/Direttore dell'Istituzione Scolastica/Formativa:

Codice Meccanografico: _____

Email: _____

Recapito telefonico: _____

PEC: _____

ai sensi di quanto previsto dal punto 4.2 delle Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità **sensoriale visiva e uditiva** anno scolastico 2021-2022, comunica che per l'alunno (**inserire iniziali**) per cui è stata confermata l'assegnazione del monte ore di assistenza alla comunicazione/tiflogica, sussiste la seguente condizione (*barrare la casella di interesse*):

- L'alunno (**inserire iniziali**) per l'anno scolastico 2021-2022 NON frequenta più questa Istituzione Scolastica /Formativa;
- Per l'alunno (**inserire iniziali**) relativamente all'anno scolastico 2021-2022 vi è da parte della famiglia e/o dello stesso allievo (in caso di maggiore età) la **rinuncia/o il NON permanere della necessità dell'intervento** (indicare le motivazioni)

- Per l'alunno (**inserire iniziali**) relativamente all'anno scolastico 2021-2022 è presente Nuova documentazione medica che modifica la diagnosi necessaria per la fruizione del servizio di assistenza sensoriale uditiva/visiva.
- L'alunno (**inserire iniziali**) relativamente all'anno scolastico 2021-2022 medesima classe di frequenza dell'anno scolastico precedente.

Data _____

Firma digitale del Dirigente Scolastico/Direttore dell'Istituzione
Formativa
