

F.I.S.M. – VICENZA

Federazione Italiana Scuole Materne

Via Mora, 53 - 36100 Vicenza

tel. 0444/291.360 – fax. 0444/291.448

e-mail: [segreteria@fismvicenza.it](mailto:segreteria@fismvicenza.it)

**GRUPPO INCLUSIONE FISM VICENZA**

**Richiesta attivazione supporto**

**A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

SCUOLA DELL’INFANZIA ……………………………………………………………………………………………………..

IL SOTTOSCRITTO ………………………………………………….. IN QUALITA’ DI ………………………………

**CHIEDE**

**L’ATTIVAZIONE DEL SUPPORTO GRUPPO INCLUSIONE FISM**

PER: (indicare le tipologie di intervento richieste)

* **partecipazione, ai sensi degli artt. 2.2 e 2.3 dell’ “*Accordo di Programma per gli interventi a favore dell’inclusione scolastica degli studenti con disabilità per la Provincia di Vicenza*”, al GLO iniziale e finale (stesura e verifica PEI).**

**SI RICHIEDE CONTATTO TELONLINE\* con una Referente per:**

* **supporto educativo-didattico-organizzativo per certificazioni**
* **informazioni e supporto per documentazione**

(\*in questo caso inviare anche date e orari di vostra disponibilità)

**Nello specifico si richiede l’intervento per:**

**BAMBINO** (SIGLA COGNOME E NOME) **……… SESSO M o F ANNO DI NASCITA** …..

**ANNO DI FREQUENZA DELLA SCUOLA DELL’INFANZIA 1° 2° 3°**

* **NUOVA CERTIFICAZIONE**
* **VECCHIA CERTIFICAZIONE**

SINTESI VERBALE DI ACCERTAMENTO E DIAGNOSI FUNZIONALE

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Struttura sanitaria di riferimento ……………………………………………………………………………………….

Insegnante sostegno SI NO Nominativo ……………………………………. Per ore settimanali………

Operatore socio-sanitario SI NO per …. ore settimanali

Contatti della Scuola: tel………………………………………. E-mail…………………………………………………

Nome e Cognome Coordinatore/trice ………………………………………………………………………………

Firma Coordinatore/trice …………………………………………………………………………………………………

Nome e Cognome Presidente/ Legale Rappresentante ……………………………………………………

Firma Presidente/Legale Rappresentante …………………………………………………………………………

**CONSENSO DEI GENITORI ALL’ATTIVAZIONE**

**DEL SUPPORTO GRUPPO INCLUSIONE**

FIRMA MADRE (o di chi esercita la Responsabilità genitoriale) ………………………………

FIRMA PADRE (o di chi esercita la Responsabilità genitoriale) ………………………………

IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE. Il sottoscritto genitore dichiara, sotto la propria personale responsabilità:

* L’altro genitore condivide la finalità della domanda
* Essere genitore unico

Firma…………………………………………..

Data……………………………………………..