

mtk

ROMA



Municipio Roma V
Direzione Socio Educativa



PEC - AI DIRIGENTI SCOLASTICI DEGLI
ISTITUTI COMPRENSIVI

OGGETTO: Servizio Educativo per l'Autonomia degli Alunni con Disabilità a.s. 2022/2023

La richiesta per il Servizio Educativo per l'Autonomia degli alunni con disabilità, relativa all'anno scolastico 2022/2023, dovrà pervenire in modalità cartacea, **entro e non oltre il 15 febbraio 2022**. La documentazione dovrà essere consegnata, previo appuntamento, presso il Municipio Roma V, Ufficio Disabilità- Integrazione Scolastica sito in viale Palmiro Togliatti 983 piano 2° stanza 12, tel. 06/69607610. A tal fine si indica di seguito quanto necessario:

- **Modello 1 per coloro già in possesso del Verbale legge 104/92**
- **Modello 2 per coloro:**
 - **che hanno provveduto all'invio dell'istanza all'INPS;**
 - **per coloro che hanno l'appuntamento per la visita Medico Legale;**
 - **per coloro che sono in attesa del Verbale definitivo.**
- **Copia del verbale di accertamento/riconoscimento dell'handicap dell'alunno ai sensi della legge 104/92.**
- **Certificazione attestante la necessità del servizio educativo per l'autonomia, rilasciata dall'Ufficio Tutela della Salute Mentale e della Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) della ASL attestante le condizioni dell'alunno e la necessità di assistenza a cura di OEPA – Operatore Educativo per l'Autonomia.**
- **Diagnosi funzionale redatta da ASL/Azienda Ospedaliera/Centro accreditato.**

Al fine di giungere ad un perfezionamento delle richieste assistenza OEPA, si pone l'attenzione sulla necessità di verificare che la modulistica compilata e firmata dai genitori/tutore dell'alunno sia completa in tutte le sue parti compresi gli allegati.

Cordiali saluti

Il Direttore
Dr. Alessandro Massimo Voglino



MODELLO 1

Richiesta Servizio Educativo per l'Autonomia degli Alunni con Disabilità a.s. 2022/2023

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore/ Tutore/Esercente la Responsabilità Genitoriale dell'alunno/a _____

Nato/a _____ il _____ Residente in _____

P.zza/Via _____ Tel _____

Iscritto nell'anno scolastico _____/_____ presso l'Istituto Comprensivo _____

Plesso _____ Frequentante la classe _____ sez _____ con orario _____

Chiede/rinnova la richiesta del servizio di assistenza dell'Operatore Educativo per l'Autonomia in favore del proprio figlio/a per l'anno scolastico _____/_____ che frequenterà l'Istituto Comprensivo _____

Plesso _____ Infanzia / Primaria/ Secondaria di Primo grado - classe _____ sez _____

con orario _____/_____.

Si allega documentazione:

- Copia del Verbale di accertamento/riconoscimento dell'Handicap dell'alunno/a -ai sensi della **Legge 104/92 o certificazione attestante eventuale rinnovo.**
- Certificazione attestante la necessità del Servizio Educativo per l'Autonomia rilasciata dall'Ufficio Tutela della Salute Mentale e della Riabilitazione in Età Evolutiva (**TSMREE**) della **ASL** che indichi, tra le risorse Professionali necessarie, l'Operatore Educativo per l'Autonomia.
- **Diagnosi funzionale** redatta dalla ASL/Azienda Ospedaliera/Centro Accreditato.

Roma _____

Firma del Genitore/Tutore
Esercente la Responsabilità Genitoriale



MODELLO 2

Richiesta Servizio Educativo per l'Autonomia degli Alunni con Disabilità a.s. 2022/2023

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore/Tutore/Esercente la Responsabilità Genitoriale dell'alunno/a _____

Nato/a _____ il _____ Residente in _____

P.zza/Via _____ Tel _____

Iscritto nell'anno scolastico _____/_____ presso l'Istituto Comprensivo _____

Plesso _____ Frequentante la classe _____ sez _____ con orario _____

_____ e che nell'anno scolastico _____/_____ frequenterà l'Istituto

Comprensivo _____ Plesso _____

Infanzia / Primaria/ Secondaria di Primo grado - classe _____ sez _____ con orario _____.

Si allega documentazione:

- Certificazione attestante la necessità del Servizio Educativo per l'Autonomia rilasciata dal servizio Tutela della Salute Mentale e della Riabilitazione in Età Evolutiva (TSRMEE) della ASL che indichi, tra le risorse Professionali necessarie, l'Operatore Educativo per l'Autonomia.
- **Diagnosi Funzionale** redatta dalla ASL/ Azienda Ospedaliera/Centro Accreditato.

Dichiara

- Di aver inviato in data _____ la richiesta per l'accertamento della disabilità, di cui si allega fotocopia;
- Di aver in data _____ appuntamento per la visita medico/legale per l'accertamento della disabilità, di cui si allega fotocopia dell'appuntamento e della domanda.
- Di aver effettuato la visita Medico/Legale per l'accertamento della disabilità in data _____ Presso _____ ed è in attesa del Verbale definitivo di riconoscimento dell'handicap ai sensi della Legge 104/92, che mi impegno a consegnare tempestivamente all'ufficio scolastico competente.

Roma _____

Firma del Genitore/Tutore

Esercente la Responsabilità Genitoriale