

# MODULO 1

AL MUNICIPIO ROMA XV  
Servizio Sociale  
Area Disabilità  
Via Cassia, 472  
Tel.: 06-33710148  
Fax: 06-3350977

## RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DI OPERATORE EDUCATIVO PER L'AUTONOMIA (OEPA ex AEC)

ISTITUTO COMPRENSIVO \_\_\_\_\_  
SCUOLA \_\_\_\_\_ PLESSO \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ TEL-FAX \_\_\_\_\_  
Referente Scolastico per gli alunni con disabilità \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

ALUNNO (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

L'alunno frequenterà: scuola infanzia comunale  scuola infanzia statale   
scuola primaria  scuola secondaria I grado   
classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Tempo Pieno: si  no   
Orario di frequenza \_\_\_\_\_ insegnante di sostegno: si  no

Si allega la seguente documentazione (necessaria per ogni nuova richiesta o nei passaggi di ciclo scolastico):

- Fotocopia verbale attestante il riconoscimento della legge 104/92;
- Modello C.I.S. (Certificazione di Integrazione Scolastica) a cura dell'ASL di riferimento;
- Modulo 2: dichiarazione sul grado di autonomia e di autosufficienza, a cura dell'ente sanitario di presa in carico.

Data \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Il Genitore \_\_\_\_\_  
(o l'esercente la potestà genitoriale)

Il sottoscritto genitore, ai sensi della legge 196/03, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e/o sensibili esclusivamente per le finalità connesse al servizio di cui chiede l'attivazione.