

ROMA



Municipio Roma
 Direzione Socio Educativa
 Ufficio OEPAC

Servizio educativo per il diritto allo studio, all'autonomia e all'inclusione scolastica
 degli alunni e delle alunne con disabilità – a.s. 2026/2027

SCHEDA PER L'ASSEGNAZIONE ORARIA

Questa Direzione sulla base dei bisogni rilevati, delle motivazioni espresse in atti di ufficio e della documentazione presente (Certificazione sanitaria, Profilo di Funzionamento, Progetto Individuale, PEI), approva il piano individuale di assegnazione delle seguenti ore di servizio OEPAC per l'alunno/a:

Cognome e Nome Alunno/a _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale: _____

Genitore 1 / esercente la responsabilità genitoriale (nel caso di genitori separati indicare quello ove il bambino ha la residenza)

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cellulare _____

Mail _____

Genitore 2 / esercente la responsabilità genitoriale

Cognome _____

Nome _____

Cellulare _____

Mail _____

Iscritto/a alla Scuola/Istituto Comprensivo _____

Classe _____ Sezione _____



Nuovo Iscritto



Vecchio Iscritto

ROMA



Data inizio del servizio OEPAC: _____

Ore di sostegno settimanali richieste nell'anno scolastico 2026/2027: _____

Ore di sostegno settimanali assegnate nell'anno scolastico 2026/2027: _____

Ore settimanali di Assistente alla Comunicazione richieste nell'a.s. 2026/2027: _____

Ore settimanali di Assistente alla Comunicazione assegnate nell'a.s. 2026/2027: _____

Ore effettive settimanali di frequenza dell'alunno/a (escluse terapie): _____

Usufruisce di terapie in orario curriculare (comportanti una riduzione della frequenza)



SI



NO

Se SI indicare i giorni e gli orari delle terapie ricadenti in orario scolastico:

LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	
					MATTINA
					POMERIGGIO

Organismo erogatore del servizio scelto dalla famiglia _____

Nominativo Coordinatore del servizio _____

Nominativo OEPAC di riferimento _____

Articolazione oraria dell'intervento OEPAC per un totale di ore settimanali, fruibili secondo il principio di personalizzazione dell'intervento sulle esigenze specifiche, educative e scolastiche, dell'alunno/a.

LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	
					MATTINA
					POMERIGGIO

Data _____

Firma E.Q. dell'area _____

Firma Direttore della Direzione Socio-Educativa Municipale _____

Per presa visione e accettazione

Firma del primo genitore _____

Firma del secondo genitore _____

Timbro e Firma del Dirigente Scolastico/Legale Rappresentante _____

Firma del Coordinatore dell'Organismo Affidatario _____