



Ambito Territoriale Sociale S8

UFFICIO di PIANO di ZONA S8

Piazza Vittorio Emanuele II n. 26

84078 Vallo della Lucania (SA)

Pec: pianosocialedizonavallo@legalmail.it

Protocollo e data come da segnatrice in alto

Ai Dirigenti degli Istituti Scolastici
Scuola Primaria e Secondaria di I° e II° grado
Ambito Territoriale S8
Loro sedi

Alle Assistenti Sociali
del servizio Sociale Professionale
dell'Ambito territoriale S/8

Epc Al Sociologo del Segretariato Sociale
Ambito territoriale S/8
Dott. Antonio Voria

Epc Alla Psicologa del Segretariato Sociale
dell'Ambito territoriale S/8
dott.ssa Chiara Di Sessa

Epc Ai Sig.ri Sindaci dell'Ambito Territoriale S8
Loro sedi

OGGETTO: Servizio "Integrazione scolastica degli alunni con disabilità"- Anno scolastico 2025/2026.

Con la presente, al fine di avviare il Servizio di Integrazione Scolastica per gli alunni con Disabilità iscritti nell'anno scolastico 2025/2026 nelle Scuole Primarie e Secondarie di I° e II° grado presenti nell'Ambito Territoriale S8, si chiede alle SV di far pervenire le istanze di adesione al Servizio presso questo Ufficio di Piano, tanto da permettere l'aggiornamento della banca dati già agli atti e contestualmente effettuare l'analisi del bisogno di assistenza specialistica scolastica in favore degli alunni con disabilità.

Pertanto si invitano Le SLL di portare a conoscenza attraverso le Istituzioni Scolastiche i genitori, i Tutori e gli Amministratori di Sostegno degli alunni con disabilità (L. 104/92 art 3 comma 3) l'avvio del Servizio meglio sopra descritto attraverso il modello di domanda allegato alla presente.

**"DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA
SCOLASTICA A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA'"**

L'istanza, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà essere consegnata al Protocollo del Piano Sociale di Zona Ambito S8 – sito presso la Casa Comunale del Comune Capofila Vallo della Lucania in piazza Vittorio Emanuele n. 44 tramite PEC all'indirizzo pianosocialedizonavallo@legalmail.it;

Tanto per dovere d'Ufficio

Vallo della Lucania 26 settembre 2025

Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano
Ambito Territoriale S8
(Dr. Riccardo Coppola)



Ambito Territoriale Sociale S8

UFFICIO di PIANO di ZONA S8

Piazza Vittorio Emanuele II n. 26

84078 Vallo della Lucania (SA)

Pec: pianosocialedizonavallo@legalmail.it

"Domanda per l'attivazione del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica in favore degli Alunni con Disabilità"
Anno Scolastico 2025/2026

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679

(Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) Si informa che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI (D.Lgs. 30.6.2003, n. 196)

I/Il sottoscritti/o _____
 e _____

in qualità di soggetti aventi patria potestà/tutore legale del minore

_____ dichiara_____

di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali (D. Lgs n° 196 del 30 Giugno 2003 e successive integrazioni) ed espressamente acconsentono al trattamento dei dati personali, anche sensibili, del proprio figlio/a nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all'espletamento del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica.

Luogo e data

Firma (padre/tutore)

Firma (madre/tutrice)



Ambito Territoriale Sociale S8

UFFICIO di PIANO di ZONA S8
 Piazza Vittorio Emanuele II n. 26
 84078 Vallo della Lucania (SA)
 Pec: planosocialedizonavallo@legalmail.it

“Domanda per l’attivazione del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica in favore degli Alunni con Disabilità”

Il sottoscritto _____ nato a _____
 il ____/____/____ e residente _____ (padre/tutore del minore) Telefono _____
 e la sottoscritta _____ nata
 a _____ il ____/____/____ e residente _____
 (madre/tutrice del minore) Tel./Cell. _____ in qualità di esercente/i la
 potestà genitoriale

CHIEDE/CHIEDONO

che il l'alunno _____ nato/a _____
 il ____/____/____ e residente in _____, alla via _____

Iscritto/a per l'anno scolastico 2025-2026 presso la:

Scuola Primaria: classe _____ sezione _____

Scuola Secondaria di I° grado: classe _____ sezione _____

Scuola Secondaria di II° grado: classe _____ sezione _____

dell'Istituto _____

possa beneficiare del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica.

DICHIARA _____

Che l'alunno:

è in possesso del Certificato L. 104/92;
 ha già usufruito del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica;
 non ha mai usufruito del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica;
 usufruisce di un Piano Educativo Individualizzato - PEI;
 necessita di assistenza farmacologica nell'orario scolastico.
 Altro (specificare) _____

Luogo e data

Firma (padre/tutore)

Firma (madre/tutrice)

ALLEGA _____

- Fotocopia carta d'identità del/dei richiedenti in corso di validità;
- Eventuale provvedimento di tutela giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- Certificazione ai sensi della Legge 104/92 o Verbale di invalidità civile;