



**Consorzio per la realizzazione del Sistema Integrato di
Welfare dell'Ambito Territoriale Sociale BR 1
COMUNI BRINDISI/SAN VITO DEI NORMANNI**

OGGETTO: Domanda di accesso al Servizio di Assistenza Specialistica per Integrazione Scolastica per le persone con disabilità – A.S. 2026/2027

Primo accesso
 Conferma

Il/la sottoscritto/o _____ nato/a il _____
a _____ e residente in via _____
a _____ (___).

Recapito Telefonico _____, e-mail _____
in qualità di genitore tutore dell'alunno/a, di cui si indicano le seguenti generalità anagrafiche:

COGNOME:	
NOME:	
DATA E LUOGO DI NASCITA:	
RESIDENZA:	
CF:	
Indicare con una X	
ISTITUTO COMPRENSIVO:	<input type="radio"/> Centro Brindisi- Tutturano
<input type="radio"/> Bozzano - Centro	<input type="radio"/> S.Elia - Commenda
<input type="radio"/> Cappuccini	<input type="radio"/> Santa Chiara
<input type="radio"/> Casale	<input type="radio"/> 1° Istituto San Vito dei Normanni
<input type="radio"/> Scuola Europea di Brindisi	<input type="radio"/> 2° Istituto San Vito dei Normanni
<input type="radio"/> Commenda	- Altro Istituto _____
PLESSO SCOLASTICO: _____	
CLASSE DA FREQUENTARE:	
Indicare con una X la/le figura/e professionale/i richiesta/e:	
<input type="radio"/> Educatore Professionale, se trattasi di CONFERMA specificare il nome e cognome dell'Educatore _____ (l'indicazione del nominativo non garantisce la conferma dell'Educatore che dipenderà da imprescindibili scelte organizzative)	
<input type="radio"/> Operatore Socio Sanitario – OSS (l'assegnazione della figura professionale dell'OSS è subordinata alla	

via Grazia Balsamo, 4
72100 Brindisi (BR)

C.F.
91095150743

PEC
consorzioibr1@pec.consorziosocialebr1.it

0831229820

Cod. Univoco
XGNBGO

E-mail
consorzioibr1@consorziosocialebr1.it

www.consorziosocialebr1.it

disponibilità finanziarie dell'Ente secondo le direttive indicate dall'A.D. n. 417/2018 della Regione Puglia e della DGR 716/2021). Precisando che in questo caso l'ente interviene in una funzione di altra istituzione. Per questo motivo il personale dedicato è in ogni caso aggiuntivo, e NON sostitutivo del personale ATA in servizio negli istituti scolastici interessati (cfr. All. A del CCNL 2019-21 – raccomandazione n. 02 del 05/03/2026 Autorità Garante Nazionale dei diritti delle persone con disabilità).

CHIEDE

che il Consorzio di Brindisi valuti la presente domanda, volta a consentire l'accesso al Servizio di Integrazione Scolastica per studenti disabili, ai sensi dell'art. 3 della L.104/92

DICHIARA

che il proprio figlio/o necessita di assistenza specialistica in quanto affetto/a da disabilità, ai sensi della certificazione L. 104/92:

art.3 comma1

art.3 comma3

in attesa di esito, riservandosi di integrare la presente, con certificazione sanitaria attestante la L.104/92, pena l'esclusione

in attesa di REVISIONE, riservandosi di integrare la presente, con certificazione sanitaria attestante la L.104/92, pena l'esclusione

che l'altro genitore è a conoscenza della presente domanda avanzata

Di essere consapevole che, per gli utenti in possesso dell'art. 3 comma 1 ai sensi della L. 104/92, il servizio sarà assicurato solo in caso di disponibilità delle risorse necessarie e fino a concorrenza della somma stanziata., come previsto dalle linee guida regionali.

In caso di **CONFERMA**

che la condizione socio-sanitaria del proprio figlio è rimasta invariata rispetto all'A.S. 2025/2026

ai sensi e per gli effetti dell'art.46 del D.P.R. n.445/2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci.

_____, lì _____

Firma

ALLEGA:

- certificazione INPS, rilasciata ai sensi dell'art. 3 della L.104/92, circa la condizione della disabilità (certificazione di invalidità leggibile e aggiornata) **OBBLIGATORIA**;
- definizione da parte dell'unità multidisciplinare servizio di Riabilitazione DSM-NIAT dell'ASL della Diagnosi Funzionale e del Profilo di Funzionamento **OBBLIGATORIA**;
- certificazione di invalidità civile ai sensi della L.102/09;
- definizione e condivisione PEI da parte del gruppo GLO, in relazione agli indirizzi uniformi regionali sul massimo di ore di prestazione erogabile;
- dichiarazione per la tutela della privacy, redatta e firmata come da schema tipo in allegato alla domanda di accesso al Servizio e consenso da parte dell'altro genitore;
- fotocopia del Documento di identità in corso di validità del richiedente e dell'alunno **OBBLIGATORIA**;

ACCESSO UTENTE – A.S. 2026/2027

TUTELA DELLA PRIVACY

OGGETTO: SERVIZI DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA A FAVORE DEI DISABILI, ANNO 2026/2027

Gentile utente,

ai sensi degli **art. 13, 14 e 153 del Regolamento UE n. 679/2016**, desideriamo informarLa:

- che i dati personali e anagrafici de Lei forniti al Consorzio di Brindisi, all'atto della **presentazione della sua istanza d'accesso**, sono oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ivi previsti;
- che i dati sono trattati per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività del Consorzio BR1, quali erogazione del Servizio, anche in collaborazione con altri Enti ed Istituzioni aventi analoghe finalità, ricerche, studi statistici;
- che il conferimento dei Suoi dati è necessario per usufruire del servizio;
- che i dati: sono raccolti agli atti del Consorzio BR1 e registrati in modo da consentire l'accesso solo ai soggetti autorizzati dal Consorzio; potranno essere trattati, nel rispetto delle finalità suindicate, all'interno del Consorzio, ovvero potranno essere comunicati all'esterno nei casi previsti dalla legge.

LIBERATORIA

Il/La sottoscritto/a **autorizza** la rilevazione, raccolta, registrazione e trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR n. 679/2016, **forniti con l'istanza di accesso al servizio in oggetto**, per le finalità di cui sopra.

_____, lì _____

Firma
