



CITTÀ METROPOLITANA DI BARI

Servizio Controllo Fenomeni Discriminatori - Welfare

Ai Sigg.ri Dirigenti Scolastici
delle Scuole di Istruzione Secondaria
Superiore della provincia di B A R I

LORO SEDI

e, p.c. Al Sig. Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale
per la Puglia
Via Castromediano, 123
B A R I

Al Sig. Dirigente
dell'Ufficio VII ambito territoriale
per la provincia di Bari
Via Re David, 178/F
B A R I

OGGETTO: *L.r. n. 9/2016- art.2- 1 comma - lett. e). Servizio di assistenza specialistica per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità e audiolesi. A.s. 2017/2018.*

In riferimento alla funzione richiamata in oggetto, si comunica che la l.r. n. 9 del 27/05/2016 ha trasferito la titolarità della stessa alla Regione che la esercita in avvalimento alla Città Metropolitana di Bari e alle Province pugliesi, secondo le modalità che saranno stabilite con apposita convenzione.

Nelle more della sottoscrizione di tale convenzione, essendo acclarato che la gestione del servizio spetta a quest'Amministrazione con oneri a totale carico della Regione Puglia e, in attesa del conseguente accreditamento delle risorse finanziarie, nell'intento di predisporre il servizio in oggetto, si chiede alle SS.LL. di far pervenire, entro il 22/07/2017, a questo Servizio, sito in Via Amendola n.189/B - 70126 BARI, le relative istanze di assistenza che dovranno essere corredate, ai sensi e per gli effetti della L. n. 104/92 artt. 3- 12 e 13 e del D.P.R. 24/2/1994, dalla seguente documentazione, in copia conforme:

%

1/2



CITTÀ METROPOLITANA DI BARI

- 1) Verbale rilasciato dalla competente Commissione medica ai sensi della L.104/92;
- 2) diagnosi funzionale aggiornata;
- 3) profilo dinamico funzionale aggiornato;
- 4) piano educativo individualizzato.

Nelle more dell'aggiornamento del P.E.I., potrà essere allegato quello riguardante l'anno precedente con impegno a trasmettere copia aggiornata entro la fine del mese di Ottobre p.v..

All'istanza dovranno essere allegate, altresì, le schede afferenti ogni singolo alunno (all. 1), **debitamente compilate e aggiornate nella parte anagrafica**, nonché il modello riepilogativo delle richieste di assistenza presentate (all. 2).

Si evidenzia che, in caso di mancata sottoscrizione congiunta delle schede degli alunni da parte delle SS.LL., dei genitori e dei componenti del gruppo H di Istituto, le relative richieste **non saranno prese in considerazione ai fini dell'ammissione all'assistenza**.

Si invitano, inoltre, i Dirigenti Scolastici a comunicare, tempestivamente, a questo Servizio, eventuali trasferimenti o rinunce degli alunni.

Quest'Amministrazione si riserva, per l'anno scolastico 2017/2018, di accogliere le domande pervenute nei termini e complete della documentazione richiesta, subordinatamente e nei limiti dell'ammontare delle risorse finanziarie, che la Regione Puglia assegnerà a questo Ente.

Distinti saluti.

Il DIRIGENTE ad INTERIM

Avv. *Maria Tomo* Funzionario POSITANO

Il CONSIGLIERE DELEGATO

Dott. Giuseppe VALENZANO

SCHEDA ALUNNO

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____ Comune _____

Cell. _____ Tel. _____

Scuola di provenienza/frequentata _____

Diagnosi clinica _____

Area/e Compromessa/e dall'Handicap:

Grado di Compromissione

	Nessuno	Lieve	Medio	Grave
<input type="checkbox"/> Cognitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Affettivo-Relazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Linguistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Motorio-Prassica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neurologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sensoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnosi Funzionale

(Redatta in forma conclusiva)

Profilo Dinamico Funzionale
(Potenzialità d'intervento)

P.E.I. Aggiornato al
(Da allegare)

Attività Riabilitative

Specificare

SI

NO

Attività Tempo Libero
(Specificare come l'Alunno/a
trascorre il proprio tempo libero)

In casa

TV

PC

Altro

Fuori casa

Piscina

Attività ricreativa

Altro

Notizie sulla Famiglia

(n. componenti, presenza di uno o
entrambi i genitori, ecc.)

Abitudini di vita dell'Alunno/a in Famiglia

Classe d'iscrizione

(A.S. 2017/2018)

I

II

III

IV

V

Programmazione

Differenziata

Paritaria

Tempo scuola dell'Alunno/a

Insegnante di sostegno

(Assegnato/richiesto per

l'a.s.2017/2018)

SI

Ore n.

Fruite nell' A.S. 2016/2017

NO

Nell'a.s. 2016/2017 l'Alunno/a

ha già usufruito del Servizio di

Assistenza Specialistica?

SI

NO

Progetto individuale 2017/2018

Bisogni dell'Alunno/a a cui si intende rispondere con l'Assistenza Specialistica e da sviluppare nel P.E.I. aggiornato

Obiettivi specifici da conseguire

Figure professionali coinvolte

- Docenti curricolari
- Docente specializzato
- Educatore o Assistente alla Comunicazione
- Collaboratore scolastico per assistenza di base
- Rappresentanti ASL

Modalità di intervento/partecipazione dell'Educatore o Assistente alla Comunicazione alla definizione delle azioni Coordinate con il Gruppo operativo di Istituto

I Componenti
del Gruppo H di Istituto

Il Dirigente Scolastico

Il Genitore dell'alunno
e/o l'esercente la potestà

Città Metropolitana di Bari
Servizio CONTROLLO dei FENOMENI DISCRIMINATORI- WELFARE

All. n° 2

MODELLO RIEPILOGATIVO
A.S. 2017-2018

Denominazione Scuola _____ (Specificare se Sede Centrale, Succursale)

Indirizzo _____ Comune _____ Tel/Fax _____ e-mail: _____

• Indicare se l'orario scolastico settimanale è strutturato in:

• 5 giorni (dal lunedì al venerdì)

• 6 giorni (dal lunedì al sabato).

N.	COGNOME E NOME ALUNNO	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO	Classe e sez. di provenienza	Classe d'iscrizione a.s. 2017/2018	Figura specialistica richiesta *	
							Ed.	LIS

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

* indicare con una x la figura richiesta.



CITTÀ METROPOLITANA DI BARI

Servizio Controllo Fenomeni Discriminatori - Welfare

Ai Sigg.ri Dirigenti Scolastici
delle Scuole di Istruzione Secondaria
Superiore della provincia di B A R I
LORO SEDI

e, p.c.: Al Sig. Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale
per la Puglia
Via Castromediano, 123
B A R I

Al Sig. Dirigente
dell'Ufficio VII ambito territoriale
per la provincia di Bari
Via Re David, 178/F
B A R I

Allegati n.2

OGGETTO: *L.r. n. 4/2010- art. 47 e ss.mm.ii.. Trasporto scolastico in favore di alunni disabili, residenti nel Comune di Bari e frequentanti Scuole di Istruzione secondaria superiore. A.S. 2017/2018. Trasmissione modulistica.*

In riferimento alla funzione richiamata in oggetto, si comunica che la l.r. n. 9 del 27/05/2016 ha trasferito la titolarità della stessa alla Regione, che la esercita in avvalimento alla Città Metropolitana di Bari e alle Province pugliesi, secondo le modalità che saranno stabilite con apposita convenzione.

Nelle more della sottoscrizione di tale convenzione, essendo acclarato che la gestione del servizio spetta a quest'Amministrazione con oneri a totale carico della Regione Puglia, si trasmette, in allegato, la modulistica, relativa alla richiesta di nuova ammissione o di riconferma del servizio di che trattasi.

L'istanza in argomento dovrà essere compilata e sottoscritta dai genitori degli alunni con disabilità, residenti nel Comune di Bari e iscritti a codesta Istituzione scolastica, la quale avrà cura di inviarla, a questo Servizio, entro il **22 luglio c.a.**, per i successivi e conseguenti adempimenti.



CITTÀ METROPOLITANA DI BARI

Si invitano, inoltre, i Dirigenti Scolastici a comunicare, tempestivamente, eventuali trasferimenti o rinunce degli alunni.

Saranno accolte le domande **pervenute nei termini e complete della documentazione richiesta**, subordinatamente e nei limiti dell'ammontare delle risorse finanziarie, che la Regione Puglia assegnerà a questo Ente.

In caso di risorse finanziarie insufficienti o di esubero di domanda rispetto ai livelli storici, saranno adottati i seguenti criteri di priorità:

- 1) I.S.E.E. familiare pari/ inferiore a euro 15.000,00;
- 2) assenza di mezzi propri o di componenti del nucleo familiare, che possano effettuare il trasporto, come da autocertificazione, rilasciata ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000.

Distinti saluti.

II DIRIGENTE ad INTERIM

Avv. Nunzia ROSITANO

II CONSIGLIERE DELEGATO

Dott. Giuseppe VALENZANO

CITTÀ METROPOLITANA di BARI
Servizio CONTROLLO dei FENOMENI DISCRIMINATORI- WELFARE
Via Amendola 189/B 70126 BARI
Tel. 080 5412631- 666 -603- 638

E-MAIL: serviziopolitichesociali@cittametropolitana.ba.it
PEC: politichesociali.provincia.bari@pec.rupar.puglia.it

AMMISSIONE SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO

Al Dirigente
Servizio CONTROLLO dei FENOMENI
DISCRIMINATORI- WELFARE
Città Metropolitana di Bari
Via Amendola, 189/B
70126 BARI

Allegato n.1

I sottoscritti _____
nati, rispettivamente, a _____ il _____ e
a _____ il _____,
residenti a _____ via _____,
tel. _____ cell. _____,
indirizzo di posta elettronica _____,
genitori dell'alunno/a _____,
nato/a a _____ il _____,
iscritto/a alla classe _____ dell'Istituto _____
in _____,

CHIEDONO

che il proprio figlio/a, nell'a.s. 2017/2018, sia ammesso ad usufruire del servizio di trasporto scolastico.

A tal fine allegano la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000.

Distinti saluti.

Luogo, data

Firma dei genitori

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

I sottoscritti _____,
nati, rispettivamente, a _____ il _____ e
a _____ il _____,
residenti in _____ via _____,
genitori dell'alunno/a _____,
consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità
negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000,

DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non è autosufficiente ed è affetto da patologia che comporta l'impossibilità oggettiva di usufruire dei servizi pubblici di trasporto;
- che sono impossibilitati ad effettuare, direttamente, l'accompagnamento del proprio/a figlio/a a scuola;
- che non vi sono altri familiari conviventi che possano garantire il trasporto a scuola dell'alunno.

ALLEGANO:

- verbale rilasciato dalla competente Commissione Medica, attestante l'invalidità del/della proprio/a figlio/a ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.104/92;
- diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL, territorialmente competente;
- fotocopia dei propri documenti di riconoscimento.

Firma dei genitori

Luogo, data

CITTÀ METROPOLITANA di BARI
Servizio CONTROLLO dei FENOMENI DISCRIMINATORI- WELFARE
Via Amendola 189/B 70126 BARI
Tel. 080 5412631- 666- 603

E-MAIL: serviziopolitichesociali@cittametropolitana.ba.it
PEC: politichesociali.provincia.bari@pec.rupar.puglia.it

CONFERMA SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO

Allegato n.1

Al Dirigente
Servizio CONTROLLO dei FENOMENI
DISCRIMINATORI- WELFARE
Città Metropolitana di Bari
Via Amendola, 189/B
70126 BARI

I sottoscritti _____
nati, rispettivamente, a _____ il _____ e
a _____ il _____,
residenti a _____ via _____,
tel. _____ cell. _____,
indirizzo di posta elettronica _____,
genitori dell'alunno/a _____,
nato/a a _____ il _____,
iscritto/a alla classe _____ dell'Istituto _____
in _____,

CHIEDONO

la conferma, in favore del proprio figlio/a, del servizio relativo al trasporto scolastico per l'a.s. 2017/2018.

A tal fine allegano la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000.

Distinti saluti

Firma dei genitori

Luogo, data

Conferma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

I sottoscritti _____,
nati, rispettivamente, a _____ il _____ e
a _____ il _____,
residenti in _____ via _____,
genitori dell'alunno/a _____,
consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità
negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000,

DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non è autosufficiente ed è affetto da patologia che comporta l'impossibilità oggettiva di usufruire dei servizi pubblici di trasporto;
- che sono impossibilitati ad effettuare, direttamente, l'accompagnamento del proprio/a figlio/a a scuola;
- che non vi sono altri familiari conviventi che possano garantire il trasporto a scuola dell'alunno.

ALLEGANO:

- verbale rilasciato dalla competente Commissione Medica, attestante l'invalidità del/della proprio/a figlio/a ai sensi dell'art. 3 della L.104/92;
- diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL, territorialmente competente;
- fotocopia dei propri documenti di riconoscimento.

Firma dei genitori

Luogo, data

2/2