**RILEVAZIONE DEL FABBISOGNO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA ALLIEVI/E**

**CON DISABILITA’ E ALTRI BES**

**Anno scolastico 2024/25** Data ………….……

|  |
| --- |
| Denominazione ISTITUTO  Mail istituto  Telefono istituto  Referente Disabilità mail e cellulare:  Nome della cooperativa dell’educativa a.s. 2024/25  Referente cooperativa dell’educativa a.s. 2024/25 mail  DSGA mail |

Il/la sottoscritto/a …………………… …………………………………..., Dirigente scolastico/a dell’Istituto……………………………………, sito in……………………………………….., richiede il servizio di supporto educativo/operatore sociosanitario

PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI N. ………………. ALUNNI/E DELL’ISTITUTO

PER UN TOTALE DI ORE DI EDUCATIVA ……………….

PER UN TOTALE DI ORE OSS …………….

**Per tutti gli/le alunni/e si invierà alla referente del Diritto allo studio il file in excel denominato RIEPILOGO\_RIBES\_2024\_25**: file riepilogativo dell’intero istituto, in cui sono specificati nel dettaglio i dati e i motivi della richiesta per ogni singolo/a alunno/a, **allegato al presente documento in formato pdf, creando un unico file.**

Il/La sottoscritto/a Dirigente scolastico/a è a ciò autorizzato/a da parte della famiglia o dell’interessato/a se maggiorenne.

Firma del/lla Dirigente Scolastico/a

…………………………………………………..

I dati riportati nel presente modulo saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 196 del 2003 (Codice del trattamento dei dati personali) e dal Regolamento Europeo GDPR n. 679 del 2016, limitatamente per lo svolgimento e le finalità previste dal progetto di supporto a distanza, come da informativa visionabile all'indirizzo internet

*http://www.cittametropolitana.torino.it/cms/risorse/ifp/dwd/legge28/Informativa\_PrivacyDIRITTOALLOSTUDIO.pdf*