



ISTITUTO COMPRENSIVO

DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO

“Eduardo De Filippo”

COD.MECC.SAIC8BA00C – C.F.80028470658 – COD.UNIVOCO UFR428

VA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA) TEL. 0815152203 – FAX 081915064

email: saic8ba00c@istruzione.it; saic8ba00c@pec.istruzione.it; sito web: www.icedefilippo.edu.it



Ai Sigg. Genitori delle/degli alunne/i destinatari del servizio
Ai Docenti di Sostegno/Consiglio di Intersezione-Interclasse-Classe

che operano nelle classi dove si attuerà il Servizio

LL.SS.

Agli Atti

OGGETTO: Avvio servizio di Assistenza Scolastica Specialistica (scuola infanzia) ed Educativa Territoriale (scuola primaria e secondaria) - a.s.2020/21.

Si informano le SS.LL. che, come da nota pervenuta a questo Ufficio in data 06/10/2020 prot. n. 0003473/E, avente per oggetto “Servizio di assistenza specialistica e/o di educativa territoriale-Ripristino attività”, dal Responsabile dell’Ufficio di Piano Ambito territoriale S01_2, è previsto il ripristino delle attività di *Assistenza Scolastica Specialistica-Educativa Territoriale* per l’a.s. in corso.

Pertanto, si invitano i genitori degli alunni interessati, a compilare il Modulo (allegato) per la fruizione del servizio, scegliendo, tra i soggetti erogatori accreditati, la Cooperativa Sociale.

Inoltre si invita il team docente ad indicare la tipologia di operatore in relazione al PEI del singolo alunno.

Stante la situazione emergenziale in atto, il Modulo dovrà essere consegnato, in busta chiusa e riposto nello zaino dell’alunna/o, al/ai Docenti di Sostegno/del Team, che lo faranno pervenire in Segreteria - Sig.ra Ferraro, entro e non oltre le ore 12.00 del 19 ottobre 2020, completo di tutti i dati richiesti.

F.to **Il Dirigente Scolastico**

Dott. Angelo De Maio

Firma autografa sostituita da indicazione a stampa ai sensi dell’art.3, co.2, D.L.vo 39/1993



ISTITUTO COMPRENSIVO

DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO

"Eduardo De Filippo"

COD.MECC.SAIC8BA00C – C.F.80028470658 – COD.UNIVOCO UFR428

VA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA) TEL. 0815152203 – FAX 081915064

email: saic8ba00c@istruzione.it; saic8ba00c@pec.istruzione.it; sito web: www.icedefilippo.edu.it



COMUNE DI SCAFATI - PdZS01_2 - 0003978 - Uscita - 05/10/2020 - 14:24



ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL
MONTE ALBINO



SCAFATI

AMBITO TERRITORIALE S01_2

COMUNE CAPOFILIA SCAFATI

SEDE: Via Leonardo Da Vinci SNC

Tel. 08119175396

Angri(SA)

LABORATORIO DI EDUCATIVA TERRITORIALE- A.S. 2020/2021 MODULO DI SCELTA

__L_ Sottoscritt _____, nat_ a _____,
il _____ e residente in _____ via _____ n. _____,
tel _____ codice fiscale _____
genitore dell'alunno _____ codice fiscale _____
nat_ a _____, il _____
che frequenta l'Istituto Scolastico _____ classe _____

CHIEDE

Nell'ambito delle attività extrascolastiche di poter usufruire del servizio **laboratorio di educativa territoriale**, tramite il sistema dei voucher, come da piano individuale e monte orario definito dall'Istituto Scolastico, scegliendo, tra i Soggetti erogatori accreditati, la Cooperativa Sociale _____
con la seguente tipologia di operatore _____

Si Allega:

Copia della carta di identità in corso di validità;

Angri, il _____

Firma _____



ISTITUTO COMPRENSIVO

DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO

"Eduardo De Filippo"

COD.MECC.SAIC8BA00C – C.F.80028470658 – COD.UNIVOCO UFR428

VA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA) TEL. 0815152203 – FAX 081915064

email: saic8ba00c@istruzione.it; saic8ba00c@pec.istruzione.it; sito web: www.icedefilippo.edu.it



COMUNE DI SCAFATI - PdZS01_2 - 0003978 - Uscita - 05/10/2020 - 14:24



ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL
MONTE ALBINO



SCAFATI

AMBITO TERRITORIALE S01_2

COMUNE CAPOFILA SCAFATI

SEDE: Via Leonardo Da Vinci SNC

Tel. 08119175396

Angri(SA)

ASSISTENZA SCOLASTICA SPECIALISTICA- A.S. 2020/2021 MODULO DI SCELTA

L. Sottoscritt _____, nat. a _____,
il _____ e residente in _____ via _____ n. _____,
tel. _____ codice fiscale _____
genitore dell'alunno _____ codice fiscale _____
nat. a _____, il _____,
che frequenta l'Istituto Scolastico _____ classe _____

CHIEDE

Nell'ambito delle attività extrascolastiche di poter usufruire del servizio di **assistenza scolastica specialistica**, tramite il sistema dei voucher, come da piano individuale e monte orario definito dall'Istituto Scolastico, scegliendo, tra i Soggetti erogatori accreditati, la Cooperativa Sociale _____
con la seguente tipologia di operatore _____

Si Allega:

Copia della carta di identità in corso di validità;

Angri, il _____

Firma