**Modello 1:** da utilizzare per la dichiarazione delle variazioni sopraggiunte dopo il **08/10/2022**

Al Direttore Generale

Ufficio Scolastico Regionale del FVG

**Oggetto: variazione alunni certificati L.104/92 dopo il 08/10/2022**

Denominazione Istituzione Scolastica ………………………………………………………………………………………………………………….

codice meccanografico: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Nuova individuazione di disabilità**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Iniziale Cognome Nome**  mettere data di nascita in caso di omonimia | **Indicare il**  **comma** | Data  **scadenza Verbale** di accertamento della disabilità | **Data**  **Diagnosi** Funzionale/**Profilo** di Funzionamento | Indicare  data Verbale del **GLO**  e **n. prot.** | **Ordine scolastico**  indicare il Plesso  e la classe | Numero alunni  della sez./classe | **Orario** settimanale di frequenza dell'alunno/a | **Numero** altri alunni con disabilità nella classe  (indicare comma) | **Indicare**  (se previsto)  **ore**  educatore  assistente  alla persona  assistente alla comunicazione | Eventuali osservazioni per alunni con disabilità **NON GRAVE**  (comma 1) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Trasferimenti**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Iniziale Cognome Nome | **Indicare il comma** | **Ordine scolastico**  indicare il Plesso  e la classe | **Ore assegnate** | **Trasferito in INGRESSO**  Indicare l’Istituto di provenienza | **Trasferito in USCITA**  Indicare l’istituto che accoglie |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Variazioni di accertamento di gravità della disabilità**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Iniziale Cognome Nome | Data **scadenza Verbale** di accertamento della disabilità | **Data Diagnosi** Funzionale/**Profilo** di Funzionamento | Indicare  data Verbale del **GLO**  e **n. prot.** | **Ordine scolastico**  indicare il Plesso  e la classe | Numero alunni  della sez./classe | **Orario** settimanale di frequenza dell'alunno/a | **Numero** altri alunni con disabilità nella classe  (indicare comma) | **Indicare**  (se previsto)  **ore**  educatore  assistente  alla persona  assistente alla comunicazione | **Indicare la variazione**  da comma …..  a comma **…….** | **Ore assegnate precedentemente** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Revoca della certificazione della Disabilità (annullamento dei benefici di L.104/92)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Iniziale Cognome Nome | **data e n. prot**. acquisizione documenti di revoca della L.104/92 | **Ore che erano state assegnate** | **Ordine scolastico**  indicare il Plesso  e la classe |
|  |  |  |  |

1. **Rinuncia alle ore di sostegno (mantiene i benefici della L.104 ma non utilizza le ore di sostegno)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Iniziale Cognome Nome | **data e n. prot**. acquisizione documenti di rinuncia alle ore di sostegno | **Ore che erano state assegnate** | **Ordine scolastico**  indicare il Plesso  e la classe |
|  |  |  |  |

Il Dirigente Scolastico **DICHIARA** di aver depositato agli atti della scuola tutta la documentazione che attesta le variazioni sopra indicate.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(firma digitale)