

Allegato a

RICHIESTA DEL SERVIZIO DELL'OPERATORE SOCIOSANITARIO

Si ricorda che la Città Metropolitana eroga il servizio di OSS. in via eccezionale, nei limiti orari di cui al presente regolamento ed esclusivamente per le situazioni certificate come "di particolare complessità" dall'équipe medico psicopedagogica, a supporto di studenti affetti da patologie plurime; esse devono essere certificate dal Servizio dell'ATS di competenza del singolo studente, che ne attesta la situazione "di particolare complessità" sociosanitaria e richiede l'intervento dell'operatore socio sanitario in aggiunta al personale ATA incaricato dalla scuola. Gli OSS non possono svolgere mansioni che sono di esclusiva competenza medico-infermieristica. Gli Oss non possono sostituire il personale ATA della scuola incaricato dell'Assistenza di base.

Il/la sottoscritt _____ nato/a a _____ Prov _____

il _____ residente a _____ in Via _____

CODICE FISCALE _____

tel. Abit. _____ cell. _____

e-mail _____

in qualità di _____ dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ c.a.p. _____ iscritto/a per l'a.s. 2023/2024 al _____ anno,

sez. _____ dell'Istituto _____ indirizzo di studio _____

sede di _____

CHIEDE

per l'alunno/a sopra indicato l'attivazione del servizio dell'operatore sociosanitario

ALLEGA

- 1) diagnosi funzionale o profilo di funzionamento contenente la richiesta e le modalità di esplicazione dell'intervento professionale dell'OSS;
- 2) certificazione rilasciata dall'ATS attestante la situazione "di particolare complessità" sociosanitaria che richiede l'intervento dell'operatore socio sanitario in aggiunta al personale ATA incaricato dalla scuola;
- 3) eventuali altri documenti a completamento della diagnosi e finalizzati alla conoscenza dello studente. sonale ATA incaricato dalla scuola;

DICHIARA

di avere preso visione del regolamento relativo al servizio di assistenza educativa specialistica per gli alunni con disabilità frequentanti le scuole secondarie di II° della Città Metropolitana di Cagliari;

– di avere fatto richiesta del servizio di assistenza educativa specialistica (condizione imprescindibile);

- che lo studente è in trattamento presso il Centro _____

- che il medico di riferimento è il dott. _____ rintracciabile ai

seguenti recapiti:

indirizzo _____

tel. _____ e-mail _____

Eventuali comunicazioni utili:

1) Data

Firma genitore

2) Data

Firma genitore

Dichiara di aver letto l'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del **Regolamento (UE) 2016/679**.

Data _____

Firma _____

Dichiara di aver letto l'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del **Regolamento (UE) 2016/679**.

Data _____

Firma _____