

**VOUCHER SOCIALE PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA
SPECIALISTICA PER L'INCLUSIONE SCOLASTICA -AMBITO DISTRETTUALE ALTO SEBINO**

Numero prot. _____ del _____ Durata del voucher: da _____ a _____

DATI BENEFICIARIO

Cognome _____ Nome Sesso M. F.

Luogo e Data di nascita Residente a Via n. Recapito telefonico //

Vive con Domicilio (se diverso dalla residenza) // Mail:

Codice fiscale Medico di Base _____

Genitori o esercenti la potestà genitoriale:

Cognome e Nome	Grado di parentela	Residenza	Recapito telefonico

L'utente ha beneficiato del servizio AES l'anno precedente SÌ NO

Servizio specialistico che ha in carico il minore _____ operatore di riferimento

Scuola frequentata AS 2019/2020:

Istituto comprensivo	Grado	Sede scuola	Classe

Diagnosi come da documentazione sanitaria consegnata dalla famiglia (diagnosi funzionale e verbale di accertamento):

Finalità e obiettivi dell'intervento – DA DIAGNOSI FUNZIONALE E VERBALE DI ACCERTAMENTO:

PRESTAZIONE RICONOSCIUTA AES RIFERITA ALL'ANNO SCOLASTICO ____/____

Periodo	Ore settimanali	Ore max annuali per uscite didattiche	Ore Programmazione	Totale ore (comprendenti di programmazione e uscite)	Cooperativa scelta	Valore complessivo Voucher
Settembre - Dicembre 2019		4	2			€ 0,00
Gennaio - Giugno 2020		4	3			€ 0,00
Totale				0		€ 0,00

***QUALORA L'ALUNNO BENEFICIARIO PER MOTIVI PERSONALI, DI SALUTE O FAMILIARI, NON FREQUENTI LA SCUOLA E, DI CONSEGUENZA, NON USUFRUISCA DEL SERVIZIO DI AES, LE ORE NON UTILIZZATE NON POTRANNO ESSERE RECUPERATE.**

Particolari indicazioni inerenti l'erogazione della prestazione per il servizio di AES richiesta dall'utente o eventuali note:

L'Assistente Sociale _____ Il referente équipe area disabili _____

A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE

A CURA DEL BENEFICIARIO

Il beneficiario **accetta** il profilo del Voucher Sociale assegnato dichiarando, inoltre, di scegliere la seguente Coop./Fond./Ente/Azienda accreditata _____ ove spendere il Voucher.

Luogo, data _____

Firma _____

Dati del sottoscrittore (se diverso dal beneficiario):

Cognome e nome -

grado di parentela/ relazione con il beneficiario del voucher -

comune di residenza -

A CURA DEL SERVIZIO

AUTORIZZAZIONE

Luogo e data

Il Responsabile dell'Area Servizi Sociali – Alto Sebino Avv. Mattia Signorelli _____