


**SPORTELLO PROVINCIALE AUTISMO  
Cosenza**

 E-mail: spa\_cosenza@handitecno.calabria.it  
 Web: www.handitecno.calabria.it

**IIS ITE "V. Cosentino" - IPAA "F. Todaro"**

 Via L. Repaci, snc - 87036 Rende (CS)  
 Tel.: 0984.466540 - Fax: 0984.462384  
 E-mail: csis07400x@istruzione.it  
 Web: www.iisrende.gov.it

**CENTRO TERRITORIALE DI SUPPORTO BES  
per la provincia di Cosenza**

 E-mail: cts\_cosenza@handitecno.calabria.it  
 Web: www.handitecno.calabria.it

**SCUOLA POLO PER L'INCLUSIONE – AMBITI 1, 3, 4 Cosenza**

USR Calabria: DD n. 8209 dell'1/06/2017 e DD n. 8962 28/05/2019

Riservato all'Ufficio - Archivio SPA CS	Posizione alunno	N° progressivo	Anno Scol.	Cod. scuola (Ord. e Gr.)	Cod. Alunno - Iniziali
			2022-23		

Data: Prot. n°

**Al Dirigente Scolastico**
**IIS "V. Cosentino" - IPAA "F. Todaro"**

Via Repaci, snc - 87036 Rende(CS)

E-Mail: csis07400x@istruzione.it

 e p.c. **Sportello Provinciale Autismo - Cosenza**

E-mail: spa\_cosenza@handitecno.calabria.it

**Oggetto: RICHIESTA ATTIVAZIONE / CONFERMA DEL SERVIZIO SPA COSENZA PER L'A. S. 2022 - 2023**

Priorità (nel caso di presentazione di più richieste, assegnare a ciascuna una priorità di intervento: 1 = max) →

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto

Denominazione			
Indirizzo		Comune	
CM	Tel.	Fax	E-mail

 chiede  l'attivazione per il corrente a.s.  **la conferma, in continuità con il precedente a. s.** 

dell'intervento degli Operatori del Servizio SPA per:

A	Intervento informativo di sensibilizzazione, diretto al personale della scuola, sulle problematiche degli alunni nello spettro autistico	<input type="checkbox"/>
B	Informazione e tutoring per l'attivazione di una classe inclusiva	<input type="checkbox"/>
C*	Supporto educativo-didattico-organizzativo (per Intersezione/Team/Consiglio di Classe) mirato all'inclusione di alunno nello spettro autistico	<input type="checkbox"/>

Plesso per il quale si richiede l'intervento:

Denominazione		
Indirizzo	Comune	Tel.

Per l'alunno:

Iniziali cognome e nome			
Infanzia	<input type="checkbox"/>	Primaria	<input type="checkbox"/>
Sec. 1° Gr.	<input type="checkbox"/>	Sec. 2° Gr.	<input type="checkbox"/>

Diagnosi prevalente (indicare classificazione e codice)

Breve descrizione delle motivazioni per la richiesta del supporto del Servizio SPA:


Servizio Sanitario ASP ...

Docente di contatto

Nominativo:	Tel.:	E-mail:
-------------	-------	---------

\* Per la richiesta dell'intervento di tipo C è obbligatorio il consenso scritto dei genitori.

- Madre (o di chi ne esercita la patria potestà) .....

- Padre (o di chi ne esercita la patria potestà) .....

Nota: Per l'intervento di tipo C, i genitori possono firmare contestualmente al presente consenso anche quello da riportare nella "Scheda informativa introduttiva all'attivazione del servizio SPA", ove questa sia già predisposta.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....