

	Servizi per l'Inclusione Scolastica RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA Anno Scolastico: 2020/2021	
	Prima richiesta	Rinnovo

Dati: Alunno/alunna

Cognome/Nome Alunno/a			
Luogo e data di nascita		Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Indirizzo			
Comune di residenza		CAP	
Nome Genitore/Tutore			
Telefono/Cellulare Genitore/Tutore			
Indirizzo e-mail			

Dati: Scuola di frequenza Anno Scolastico 2020/2021

Istituto/Istituto Comprensivo			
Nome scuola (plesso frequentato)		Tipo scuola	<input type="checkbox"/> Infanzia <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secondaria 1° <input type="checkbox"/> Secondaria 2°
Indirizzo			
Classe e Sezione		Ore settimanali classe	Ore di frequenza alunno ¹
Dirigente Scolastico		Tel.	
Referente attività di sost.		Tel.	
Programmazione didattica (per gli ordini di scuola interessati)	Curricolare <input type="checkbox"/> Semplificata <input type="checkbox"/> Differenziata <input type="checkbox"/>		
Insegnante di sostegno	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ore insegnante di sostegno assegnate <u>nell'anno scolastico precedente</u>	
		Ore insegnante di sostegno <u>richieste</u> <u>per il presente anno scolastico</u>	

Attestazione L.104/92 art. 3	Comma 3 <input type="checkbox"/> comma1 <input type="checkbox"/>
------------------------------	--

NB: È obbligatorio allegare al presente modulo l'attestazione L.104/92, in caso di rinnovo e/o di prima certificazione. Nei casi in cui sia stato redatto, allegare inoltre il profilo di funzionamento.



Servizi per l’Inclusione Scolastica
**RICHIESTA PER L’ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO
 DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA**
 Anno Scolastico: 2020/2021

Necessità educative assistenziali:

Livello di assegnazione ore richieste	<input type="checkbox"/> Massimo <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Basso
Alunno/a che può recare danno a se stesso e/o agli altri, o che per la sua patologia necessita di assistenza continua e totale e che, in entrambe le casistiche, sia affiancato per l'intero orario di frequenza da una figura di supporto (Insegnante sostegno e/o Educatore/trice)	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Da valutare in seguito (solo per le nuove attivazioni) <input type="checkbox"/>
Note e commenti (a cura della scuola richiedente)	

N.B. Nella tabella seguente viene riportato il numero di ore assegnate per ordine di scuola, in base alle necessità educative assistenziali (livelli) individuate in sede di PEI:

	Scuola dell’Infanzia	Scuola Primaria	Secondaria di I° grado	Secondaria di II° grado
Livello Massimo	10 - 12 ore	10 - 12 ore	10 ore	8 - 10 ore
Livello Alto	8 - 9 ore	8 - 9 ore	8 - 9 ore	7 ore
Livello Medio	6 - 7 ore	6 - 7 ore	6 - 7 ore	6 ore
Livello Basso	4 - 5 ore	4 - 5 ore	4 - 5 ore	4 - 5 ore

Tipologia di handicap

<input type="checkbox"/> Fisico	<input type="checkbox"/> Psichico
<input type="checkbox"/> Disturbi motori	<input type="checkbox"/> Disturbi psichici
<input type="checkbox"/> Epilessia	<input type="checkbox"/> Ritardo cognitivo/evolutivo
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Disturbi comportam. e relazionali
<input type="checkbox"/> Esiti da traumi/interventi chirurg. transitori	<input type="checkbox"/> Esiti da traumi/interventi chirurg. transitori
<input type="checkbox"/> Sensoriale	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Non vedente	<input type="checkbox"/> Sindrome genetica
<input type="checkbox"/> Non udente	<input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Esiti da traumi/interventi chirurg. transitori	<input type="checkbox"/> Esiti da traumi/interventi chirurg. transitori

DIAGNOSI FUNZIONALE / PROFILO DI FUNZIONAMENTO (breve descrizione)

PIANO PER L’INTERVENTO DI ASSISTENZA EDUCATIVA

AREA AUTONOMIA

profilo dei bisogni	autonomo	con aiuto ³	assist. completa	profilo dei bisogni	autonomo	con aiuto	assist. completa
Igiene della persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso di ausili / protesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cura del proprio aspetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilità nella classe/scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizzazione dei servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso dei mezzi pubblici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orientamento sul territorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Servizi per l'Inclusione Scolastica
**RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO
 DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA**
 Anno Scolastico: 2020/2021

Obiettivo dell'intervento:

Attività previste e modalità:

Tempistica:

AREA COMUNICAZIONE

<i>profilo dei bisogni</i>	<i>adeguata</i>	<i>limitata²</i>	<i>assente</i>	<i>per le disabilità sensoriali</i>	<i>completa</i>	<i>limitata</i>	<i>assente</i>
Comprensione verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Letture labiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicazione verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linguaggio dei segni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicazione non verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obiettivo dell'intervento:

Attività previste e modalità:

Tempistica:

AREA RELAZIONALE

<i>profilo dei bisogni</i>	<i>autonoma</i>	<i>mediata³</i>	<i>assente</i>	<i>profilo dei bisogni</i>	<i>autonoma</i>	<i>mediata</i>	<i>assente</i>
Capacità di interazione con il gruppo classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacità di gestione dell'aggressività e dei conflitti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di interazione con i singoli compagni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacità di adattare il comportamento alla situazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di collaborare con i compagni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacità di accettazione delle regole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obiettivo dell'intervento:

Attività previste e modalità:

Tempistica:

AREA DEGLI APPRENDIMENTI

<i>profilo dei bisogni</i>	<i>presente</i>	<i>insufficiente⁴</i>	<i>assente</i>	<i>profilo dei bisogni</i>	<i>presente</i>	<i>insufficiente</i>	<i>assente</i>
Attenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacità logico-matematiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprensione del testo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disegno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scrittura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacità fino-motorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Servizi per l'Inclusione Scolastica
**RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO
DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA**
Anno Scolastico: 2020/2021

Obiettivo dell'intervento:

Attività previste e modalità:

Tempistica:

Altri interventi attivati

<i>In orario scolastico</i>	<i>In orario extra-scolastico</i>
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica	<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare
<input type="checkbox"/> Terapie farmacologiche	<input type="checkbox"/> Assistenza Educativa Domiciliare
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:

Competenze specifiche dell'assistente educativo ⁵

Operatori di riferimento

	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Indirizzo</i>	<i>n. tel.</i>
Assistente Sociale			
Neuropsichiatra Infantile			
Psicologo			
Logopedista			
Terapista della riabilitazione			
Educatore domiciliare			
Altro			

Operatori A.S.L.

(NPI/Psicologo/Logopedista...)

Dirigente Scolastico

Genitore / Tutore

_____ (Firma obbligatoria)

_____ (Firma obbligatoria)

_____ (Firma obbligatoria)

Ai fini dell'erogazione del servizio richiesto, il genitore/tutore dell'alunno
scritto..... dichiara di essere informato e
..... di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente scheda da parte del Comune
di Firenze, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e dal D.Lgs. n.196/03 -come modificato dal D.Lgs.
n.101/18 "Codice in materia di protezione dei dati personali la cui informativa è consultabile all'indirizzo:
<https://www.comune.fi.it/pagina/privacy>

Genitore / Tutore _____

(Firma obbligatoria)

Data _____



Servizi per l'Inclusione Scolastica
**RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO
DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA**
Anno Scolastico: 2020/2021

- ¹ Indicare quante ore l'alunno/a sarà effettivamente presente a scuola.
- ² Scegliere tale opzione solo se è capacità comunicativa che può essere acquisita dall'alunno/a.
- ³ Scegliere tale opzione solo se è capacità relazionale che può essere acquisita dall'alunno/a.
- ⁴ Scegliere tale opzione solo se è capacità che può essere acquisita dall'alunno/a.
- ⁵ Specificare eventuali competenze specifiche dell'assistente educativo richiesto (es. conoscenza della lingua dei segni o del braille ecc....).

NOTA BENE

La prima proposta di monte ore settimanale del servizio educativo assistenziale, deve tener conto delle seguenti condizioni inderogabili, pena successiva decurtazione (Linee Guida § 4.2):

1. non può superare il limite massimo del 50% dell'orario di effettiva frequenza dell'alunno/a
2. non può superare il numero delle ore di insegnante di sostegno - effettivamente assegnate dal Dirigente Scolastico
3. non può prevedere ore di compresenza fra insegnante di sostegno ed educatore/trice, se non espressamente previste in sede P.E.I. Per tale fattispecie si deve allegare alla richiesta copia del verbale del P.E.I.