

PROGETTO INTERVENTO SERVIZIO ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA

SCHEDA PROGETTO DI INTERVENTO SASS 1° CICLO di ISTRUZIONE				Data compilazione:		Prot. N.		
Alunno: Cognome e Nome				Data di nascita:		Cod. utente:		
Comune di attivazione del SASS	<input type="checkbox"/> Sassari	<input type="checkbox"/> Porto Torres		Istituto:		Plesso:		
	<input type="checkbox"/> Sorso	<input type="checkbox"/> Stintino		Grado:		Classe:		
Operatore/i titolare/i: Cognome e Nome				Operatore/i micro équipe: Cognome e Nome				
Indicazioni diagnostiche dell'alunno:						Cod. ICF:		
Tipologia disabilità	<input type="checkbox"/> 1. DISABILITÀ FISICA		<input type="checkbox"/> 2. DISABILITÀ SENSORIALE		<input type="checkbox"/> 3. DISABILITÀ MENTALI E PSICHICHE			
Area intervento:	<input type="checkbox"/> motoria	<input type="checkbox"/> della comunicazione	<input type="checkbox"/> delle autonomie personali	<input type="checkbox"/> delle competenze sociali				
Assestement: Definizione del problema								
Risorse da valorizzare per area d'intervento:								
Bisogno specifico prevalente per area d'intervento:	1. ... 2. ... 3. ...							
Prestazioni educative specifiche per area d'intervento: Riformulazione del bisogno in obiettivo educativo								
Intervento SASS: Descrizione delle prestazioni correlate all'obiettivo e delle attività e strategie da porre in essere								
Risultati attesi: Individuazione di indicatori di cambiamento per la soddisfazione dei bisogni specifici individuati	1. ... 2. ... 3. ...							
Tipologia assistenza e ore settimanali assegnate:	<input type="checkbox"/> educativa		Valutazione assegnazione:	<input type="checkbox"/> sufficiente		Proposta riformulazione ore settimanali:	<input type="checkbox"/> educativa	
	<input type="checkbox"/> alla persona			<input type="checkbox"/> insufficiente			<input type="checkbox"/> alla persona	
	Ore:			<input type="checkbox"/> in eccesso			Ore:	

PROGETTO INTERVENTO SERVIZIO ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA

Tempi di attuazione intervento: entro cui si prevede di ottenere i risultati attesi	
Modalità monitoraggio e strumenti di verifica:	
Tempi per il monitoraggio dell'intervento: Cadenza delle verifiche in itinere	

Operatore che ha effettuato la compilazione della presente scheda
(Cognome e Nome)

Firma

Supervisore (Cognome e Nome)

Firma

MONITORAGGIO

Data verifica:		Esiti:	<input type="checkbox"/> conferma dell'intervento	<input type="checkbox"/> revisione dell'intervento		
				Scheda di revisione	Prot. N.	

Firma

Supervisore (Cognome e Nome)

Data verifica:		Esiti:	<input type="checkbox"/> conferma dell'intervento	<input type="checkbox"/> revisione dell'intervento		
				Scheda di revisione	Prot. N.	

Firma

Supervisore (Cognome e Nome)