

PLUS Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino

**Domanda per l'attivazione del Servizio di Assistenza Scolastica Specialistica
a favore degli alunni diversamente abili ai sensi della L.104/92**

GENERALITÀ DELL'ALUNNO

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente nel Comune di _____ in via
_____ n. _____ frequentante la scuola _____
plesso _____ classe _____

NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO DELL'ALUNNO			
Cognome e nome dei componenti	Luogo e Data di nascita	Relazione di parentela con l'alunno	Condizione lavorativa

PLUS Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino

SCHEDA RISERVATA ALLA SCUOLA

Data di presentazione della domanda: ____/____/____

Firma operatore ricevente _____

Nuovo inserimento

Alunno già in carico

Obiettivi raggiunti dall'alunno nel suo percorso scolastico:

Obiettivi per il nuovo anno scolastico:

Modalità operative

Data _____

Il Dirigente Scolastico

INDICAZIONI PER LA STESURA DELLA RELAZIONE SANITARIA

La scheda sanitaria, rilasciata dai Servizi Sanitari che seguono il bambino (Centri Pubblici o di riabilitazione Convenzionati) dovrà indicare in analogia alla diagnosi funzionale le aree di funzionamento deficitarie e i bisogni specifici verso le quali modulare gli interventi di supporto educativo:

- la comunicazione personale e intersoggettiva, verbale e non verbale;
- comportamenti adattivi e "comportamenti problema";
- l'interazione socio-relazionale nell'ambiente scolastico e della classe;
- l'autonomia personale, funzionale e l'igiene personale;
- facilitare l'igiene posturale, la mobilità (con o senza supporto di ausili) nell'ambiente scolastico ed extrascolastico;
- Vigilanza e tutela negli spostamenti scolastici ed extrascolastici;

Timbro e firma dello specialista referente

Data, _____

PLUS Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino

Modalità di integrazione tra il Servizio Scolastico Specialistico e gli altri Servizi e Interventi fruiti dall'alunno (indicare risorse umane, professionali e strumentali funzionali al perseguimento degli obiettivi di integrazione scolastica)

Descrizione sintetica del servizio di assistenza specialistica all'interno della scuola

Prospetto riepilogativo del tempo scuola:

N. ore di frequenza scolastica:

N. ore docente di sostegno:

N. ore di assistenza specialistica:

N. interventi dedicati ad attività di integrazione e/o coordinamento attività del PEI integrato:

N. ore di compresenza (solo se necessarie, funzionalmente all'organizzazione del progetto educativo):

Conclusioni: sulla base dell'intervento descritto il monte ore di assistenza specialistica proposto pari a _____, è funzionale al soddisfacimento delle esigenze dell'alunno.

Firma degli elaboratori del Progetto

Per il Comune/Provincia

Per la Scuola:

Per il Servizio Sanitario:

Per la Famiglia:

Per la Cooperativa affidataria del Servizio:

Altri operatori coinvolti:

Data, _____