

PROGETTO DI INTERVENTO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA

Comune di attivazione del SASS	<input type="checkbox"/> Sassari <input type="checkbox"/> Porto Torres <input type="checkbox"/> Sorso <input type="checkbox"/> Stintino	Istituto scolastico:		Grado e Plesso:	
Alunno: Cognome e Nome				Cod. utente:	
Operatore di riferimento Cognome e Nome			Operatore supplente: 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	
Assessment: Definizione del problema			Risorse da valorizzare nell'area d'intervento:		
Bisogno specifico prevalente:			Obiettivo educativo specifico: Riformulazione del bisogno in obiettivo		
Intervento Sass: Descrizione delle prestazioni correlate all'obiettivo e delle attività e strategie da porre in essere					
Risultati attesi: Individuazione di indicatori di cambiamento					
Tipologia assistenza e ore settimanali assegnate:	<input type="checkbox"/> educativa <input type="checkbox"/> alla persona Ore:	Valutazione assegnazione:	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente <input type="checkbox"/> in eccesso	Proposta riformulazione ore settimanali:	<input type="checkbox"/> educativa <input type="checkbox"/> alla persona Ore:
Tempi di attuazione e prima verifica dell'intervento:		Modalità e strumenti di verifica:			

Data compilazione

Rilevatore (Cognome e Nome)

Ruolo del rilevatore

Firma
