



Servizi per l'Inclusione Scolastica  
**RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA**

<input type="checkbox"/>	Prima richiesta	<input type="checkbox"/>	rinnovo	<input type="checkbox"/>	Passaggio di grado
--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------------

Anno Scolastico	
-----------------	--

**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	
Nazionalità di provenienza		Cittadinanza	
Nome Genitore/Tutore			
Telefono/Cellulare Genitore/Tutore			
Indirizzo e-mail			

**Dati: Scuola di frequenza anno scolastico**

Istituto/ist. 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 Sez.	Ore settimanali classe	Ore di frequenza alunno <sup>1</sup>	
Dirigente Scolastico		Tel.	
Referente attività di sost.		Tel.	
Insegnante di sost.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ore assegnate insegnante di sostegno <sup>2</sup> (anno scolastico trascorso)	
		Ore insegnante di sostegno richieste	
Programmazione didattica (per gli ordini di scuola interessati)	Curriculare <input type="checkbox"/>	Semplificata <input type="checkbox"/>	Differenziata <input type="checkbox"/>

Attestazione L.104/92 in situazione di gravità, art. 3	comma3 <input type="checkbox"/>	comma1 <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	---------------------------------

*È obbligatorio allegare al presente modulo l'attestazione L.104/92, in caso di rinnovo e/o di prima certificazione*

**Tipologia di handicap <sup>3</sup>**

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

**Diagnosi funzionale (breve descrizione)**


**PIANO PER L'INTERVENTO DI ASSISTENZA EDUCATIVA**

**AREA AUTONOMIA**

profilo dei bisogni	autonomo	con aiuto <sup>4</sup>	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"/>

**Obiettivo dell'intervento:**

--	--

**Attività previste e modalità:**

--	--

**Tempistica:**

--	--

**AREA COMUNICAZIONE**

profilo dei bisogni	adeguata	limitata <sup>5</sup>	assente	per le disabilità sensoriali	completa	limitata	assente
Comprensione verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lettura 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:**

--	--



Servizi per l'Inclusione Scolastica  
**RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO  
 DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA**

**Attività previste e modalità:**

**Tempistica:**

**AREA RELAZIONALE**

profilo dei bisogni	autonoma	mediata <sup>6</sup>	assente	profilo dei bisogni	autonoma	mediata	assente
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**

profilo dei bisogni	presente	insufficiente <sup>7</sup>	assente	profilo dei bisogni	presente	insufficiente	assente
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"/>

**Obiettivo dell'intervento:**

**Attività previste e modalità:**

**Tempistica:**

**Altri interventi attivati**

<b>In orario scolastico</b>	<b>In orario extra-scolastico</b>
<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:



Servizi per l'Inclusione Scolastica  
**RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO  
 DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA**

**Competenze specifiche dell'assistente educativo** <sup>8</sup>

--

**Operatori di riferimento**

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

**Necessità educative assistenziali:**

<b>Livello di assegnazione ore richieste</b>	<input type="checkbox"/> Massimo	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Basso
Alunno 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 (ins. Sostegno e/o educatore/trice)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	da valutare in seguito (solo per le nuove attivazioni) <input type="checkbox"/>	
<b>Note e commenti (a cura della scuola richiedente)</b>				

N.B. Nella tabella seguente viene riportato il numero di ore concesse 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

**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 Sottoscritto.....  
 genitore/tutore dell'alunno ..... 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 e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Genitore / Tutore** \_\_\_\_\_  
 (Firma obbligatoria)

<b>Ore assistenza assegnate          dal Comune di Firenze (compilazione          riservata alla P.O. Servizi per l'Inclusione          Scolastica)</b>	
---	--

Note a cura del Comune di Firenze:

**NOTE PER LA COMPILAZIONE**

- <sup>1</sup> Indicare quante ore l'alunno sarà effettivamente presente a scuola.
- <sup>2</sup> Indicare quante ore di sostegno sono state assegnate all'alunno nel presente anno scolastico.
- <sup>3</sup> Barrare la casella relativa alla tipologia di handicap. Indicare con «P» la patologia prevalente e con «A» le patologie associate. Indicare se handicap è dovuto a trauma/intervento chirurgico transitori.
- <sup>4</sup> Scegliere tale opzione solo se è autonomia che può essere acquisita dall'alunno.
- <sup>5</sup> Scegliere tale opzione solo se è capacità comunicativa che può essere acquisita dall'alunno.
- <sup>6</sup> Scegliere tale opzione solo se è capacità relazionale che può essere acquisita dall'alunno.
- <sup>7</sup> Scegliere tale opzione solo se è capacità che può essere acquisita dall'alunno.
- <sup>8</sup> 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% delle ore di insegnante di sostegno - effettivamente assegnate dal Dirigente Scolastico
2. non può prevedere ore di compresenza fra insegnante di sostegno ed educatore/trice, se
3. non espressamente previste in sede P.E.I. Per tale fattispecie si deve allegare alla richiesta copia del verbale del P.E.I.