

Servizi per l'Inclusione Scolastica
**RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA
 SCOLASTICA - Anno Scolastico: 2022/2023**

Prima richiesta	Rinnovo	Passaggio di grado
-----------------	---------	--------------------

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 2022/2023

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 (indicare quante ore l'alunno/a sarà effettivamente presente a scuola)	
Dirigente Scolastico		Tel.	
Referente attività di sostegno		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 nell'anno scolastico 2021/2022	
		Ore insegnante di sostegno richieste per l'anno scolastico 2022/2023	

Attestazione L.104/92 art. 3	Comma 3 <input type="checkbox"/>	Comma 1 <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: 2022/2023**

Necessità educative assistenziali:

Livello di assegnazione ore richieste¹	<input type="checkbox"/> Massimo <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Basso
Sostituzione prioritaria: si può richiedere per l'alunno/a che può recare danno a sé 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"/>
Nota in caso di sostituzione prioritaria: specificare come la scuola garantirà la copertura dell'intero orario di frequenza scolastica dell'alunno/a	

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)

¹ La proposta di monte ore settimanale del servizio di assistenza educativa scolastica deve tener conto delle seguenti condizioni inderogabili:
 - non può superare il limite massimo del 50% dell'orario di effettiva frequenza dell'alunno/a
 - non può superare il numero delle ore di insegnante di sostegno effettivamente assegnate
 - non può prevedere ore di compresenza fra insegnante di sostegno ed educatore/trice, se non espressamente previste in sede P.E.I.; in tal caso, è necessario allegare copia del verbale del P.E.I.

Servizi per l'Inclusione Scolastica
**RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA
 SCOLASTICA - Anno Scolastico: 2022/2023**

PIANO PER L'INTERVENTO DI ASSISTENZA EDUCATIVA

AREA AUTONOMIA

profilo dei bisogni	autonomo	con aiuto*	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:							

*Scegliere tale opzione solo se è capacità comunicativa che può essere acquisita dall'alunno/a

AREA COMUNICAZIONE

profilo dei bisogni	adeguata	limitata*	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:							
Attività previste e modalità:							
Tempistica:							

*Scegliere tale opzione solo se è capacità comunicativa che può essere acquisita dall'alunno/a

AREA RELAZIONALE

profilo dei bisogni	autonoma	mediata*	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:							

*Scegliere tale opzione solo se è capacità comunicativa che può essere acquisita dall'alunno/a

Servizi per l'Inclusione Scolastica
**RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA
 SCOLASTICA - Anno Scolastico: 2022/2023**

AREA DEGLI APPRENDIMENTI

<i>profilo dei bisogni</i>	<i>presente</i>	<i>insufficiente*</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"/>

Obiettivo dell'intervento:

Attività previste e modalità:

Tempistica:

*Scegliere tale opzione solo se è capacità comunicativa che può essere acquisita dall'alunno/a

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

Competenze specifiche dell'assistente educativo

Specificare eventuali competenze specifiche dell'assistente educativo richiesto (es. conoscenza della lingua dei segni o del braille ecc....)

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			

Ai fini dell'erogazione del servizio richiesto, il sottoscritto genitore/tutore dell'alunno dichiara di essere informato che i dati personali contenuti nella presente scheda sono trattati dal Comune di Firenze esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (GDPR - General Data Protection Regulation - 2016/679 e normativa nazionale vigente), come esplicitati nella nota informativa consultabile all'indirizzo <https://www.comune.fi.it/pagina/privacy>

Operatori A.S.L.

(NPI/Psicologo/Logopedista...)

Dirigente Scolastico

Genitore² / Tutore

(Firma obbligatoria)

(Firma obbligatoria)

(Firma obbligatoria)

Data _____

² Qualora il modulo sia firmato da un solo genitore, si intende che le dichiarazioni/richieste in esso contenute siano state condivise