

Integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap

ASSISTENZA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE

Richiesta di personale di Assistenza per l'autonomia e la comunicazione agli alunni disabili, certificati ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104.

ANNO SCOLASTICO _____ / _____
ISTITUTO COMPRENSIVO _____ PLESSO FREQUENTATO _____
COMUNE OVE HA SEDE LA SCUOLA _____

Si richiede l'assegnazione di personale addetto all'assistenza specialistica per:

ALUNNO: COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ IN VIA _____
PROVENIENTE DA ALTRA SCUOLA () _____ STESSA SCUOLA () _____
ISCRITTO ALLA CLASSE _____ SEZIONE _____
ISCRITTO PER LA PRIMA VOLTA () _____

• DESCRIZIONE SINTETICA DELLA DISABILITA' DELL'ALUNNO, IN BASE ALLA DIAGNOSI FUNZIONALE:

• GRADO DI COMPROMISSIONE DELLE ABILITA'

Livello di gravità: 0 1 2 3 4

• GRADO DI COMPROMISSIONE DELLE ABILITA' SOCIALI

Livello di gravità: 0 1 2 3 4

Dai dati raccolti si ritiene che la situazione dell'alunno _____ all'interno dell'ambiente scolastico sia:

PUNTEGGIO TOTALE DELLA SCALA DI VALUTAZIONE DELLA GRAVITA' _____

In riferimento al P.E.I. descrivere sinteticamente l'intervento che l'operatore richiesto dovrà svolgere con l'alunno e gli obiettivi da raggiungere:

--

Problematiche che l'alunno evidenzia nel contesto scolastico:

--

Variabili individuali e contestuali, facilitanti od ostacolanti l'integrazione scolastica:

--

GRIGLIA RIASSUNTIVA

Iscritto per la prima volta SI	Iscritto per la prima volta NO	Ore di frequenza settimanali della classe	Ore di frequenza settimanali dell'alunno	Ore di sostegno richieste per l'anno di riferimento del RAS	Ore di sostegno erogate nell'anno scolastico in corso	Ore di Assistenza materiale erogato dal personale ATA	Ore di assistenza specialistica settimanali richieste

Sulla base di un'attenta valutazione dei reali bisogni dell'alunno _____, si ritiene necessario richiedere un numero di ore di Assistenza Specialistica pari a : _____ **ORE SETTIMANALI**

Qualifica e firma dei componenti del gruppo H (per le nuove situazioni è sufficiente la firma di un componente della N.P.I.)

Servizio di Neuropsichiatria Infantile _____

Servizio Sociale Comune di _____

Docenti _____

ARS _____

Centro Riabilitativo _____

Famiglia _____

Data compilazione _____ / _____ / _____

Il Dirigente Scolastico