

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

RICHIESTA DEL GENITORE

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il

Tel. / Cell. _____ e-mail _____ Fax _____

In qualità di genitore o esercente la potestà genitoriale, chiede l'attivazione del Servizio di Assistenza Scolastica Specialistica a favore del proprio figlio. Ai fini della predisposizione del progetto

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a:

- è in possesso del Certificato L. 104/92 art. 3 comma ___ con validità temporanea permanente
-
- ha già usufruito del servizio di Assistenza Scolastica Specialistica
- non ha mai usufruito del servizio di Assistenza Scolastica Specialistica
- usufruisce di un Piano Personalizzato ai sensi della L. 162/98
- usufruisce dei benefici di cui alla L.R. 20/97
- frequenta attività sportive, ricreative-educative extrascolastiche

Che per il/la proprio/a figlio/a, per il prossimo anno scolastico ____/____:

- è stato richiesto l'insegnante di sostegno
- non è stato richiesto l'insegnante di sostegno

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e di rilasciare al proposito con la presente richiesta idonea liberatoria al trattamento dei dati forniti e alla trasmissione degli stessi tra gli Enti e i soggetti competenti. In particolare alle informazioni personali potranno avere accesso l'Istituzione scolastica, i componenti il GLO d'Istituto, gli uffici dell'Ente locale incaricato dell'assistenza, gli operatori preposti al servizio di assistenza.

ALLEGA

Relazione sanitaria indicante la tipologia degli interventi da attuare in relazione all'area funzionale interessata dal progetto di Assistenza Scolastica Specialistica.

Data _____

Firma

PLUS Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino

SCHEDA RISERVATA ALLA SCUOLA

Allegato 2

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

SCHEDA PROGETTO

Allegato 4

Descrizione del bisogno sulla base della disabilità

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Principali aree di autonomie personale su cui intervenire

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Descrizione dell'ambito di intervento dell'Assistente Specializzato

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

PLUS Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino

Obiettivi da raggiungere

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, _____