



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

Prima richiesta	rinnovo	Passaggio di grado
-----------------	---------	--------------------

Data	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 2016/2017**

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	

Attestazione L. 104/92 in situazione di gravità, art. 3	comma3 <input type="checkbox"/>	comma4 <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------

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



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

**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 e che per la sua patologia necessita di assistenza continua e totale, per l'intero orario di frequenza	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> da valutare in seguito (solo per le nuove attivazioni)			
<b>Note e commenti</b> (a cura della scuola richiedente)				

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

( Firme obbligatorie)

**Operatori A.S.L.**

(NPI/Psicologo/Logopedista...)

**Dirigente Scolastico**

**Genitore / Tutore**

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</b> (compilazione riservata alla P.O. Servizi per l'Inclusione Scolastica)	
---	--

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...).