



Provincia di Siena

## RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA

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 2017/2018

Nome scuola (plesso frequentato)				
Indirizzo				
Classe e Sez.		Ore settimanali classe		Ore di frequenza alunno (1)
Dirigente Scolastico			Tel.	
Referente attività di sostegno			Tel.	
Insegnante di sostegno	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ore assegnate insegnante di sostegno (2)		
Docenti curricolari				

Attestazione L.104/92 in situazione di gravità, art. 3:

Comma 3 \_\_\_\_\_

Comma 1 \_\_\_\_\_

PROVINCIA DI SIENA	<b>RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA</b>	
--------------------	--	--

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

<input type="checkbox"/> <b>Fisico</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<input type="checkbox"/> <b>Psichico</b>	<b>P</b>	<b>A</b>
<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 comportamentali e relazionali	P	A
<input type="checkbox"/> Esiti da traumi/interventi chirurgici transitori	P	A	<input type="checkbox"/> Esiti da traumi/interventi chirurgici transitori	P	A
<input type="checkbox"/> <b>Sensoriale</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<input type="checkbox"/> <b>Altro</b>	<b>P</b>	<b>A</b>
<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 chirurgici transitori	P	A	<input type="checkbox"/> Esiti da traumi/interventi chirurgici transitori	P	A

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

**AREA AUTONOMIA**

<i>profilo dei bisogni</i>	<i>autonomo</i>	<i>con Aiuto (4)</i>	<i>assistenza completa</i>
Igiene della persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cura del proprio aspetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizzazione dei servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilità nella classe/scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obiettivo dell'intervento:**

---



---



---

**Attività previste e modalità:**

---



---



---

**Tempistica:**

---



---

**N. ore settimanali richieste:**

---

**AREA COMUNICAZIONE**

<i>profilo dei bisogni</i>	<i>adeguata</i>	<i>limitata (5)</i>	<i>assente</i>	<i>per le disabilità sensoriali</i>	<i>completa</i>	<i>limitata</i>	<i>assente</i>
Comprensione verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Letture 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:

---



---

N. ore settimanali richieste:

---

**AREA RELAZIONALE**

<i>profilo dei bisogni</i>	<i>autonoma</i>	<i>Mediata(6)</i>	<i>assente</i>	<i>profilo dei bisogni</i>	<i>autonoma</i>	<i>mediata</i>	<i>assente</i>
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:

---



---

N. ore settimanali richieste:

---

PROVINCIA DI SIENA	<b>RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA</b>	
--------------------	--	--

### AREA DEGLI APPRENDIMENTI

<i>profilo dei bisogni</i>	<i>presente</i>	<i>Insufficiente(7)</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:

---



---

N. ore settimanali richieste:

---

Altri interventi attivati:

	Visite didattiche
	Stages/Alternanza scuola-lavoro
	Assistenza Educativa Domiciliare
	Altro:
	n. ore richieste:

Competenze specifiche dell'assistente educativo (8)


PROVINCIA DI SIENA	<b>RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA</b>	
--------------------	--	--

**Necessità educative assistenziali particolari:**

<b>Note e commenti</b> (a cura della scuola richiedente)	
--	--

**E' GIÀ PRESENTE LA FIGURA DI EDUCATORE/ASSISTENTE:**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ PROFILO \_\_\_\_\_

**SI ATTESTA CHE SONO STATI INFORMATI I GENITORI CHE HANNO ESPRESSO IL PROPRIO CONSENSO**

***Il Dirigente Scolastico***

\_\_\_\_\_

<p><b>ORE ASSISTENZA ASSEGNATE DALLA PROVINCIA DI SIENA</b></p> <p>.....</p> <p><b>LA RESPONSABILE</b></p> <p>.....</p>	<p><b>DA COMPILARE A CURA DELLA PROVINCIA DI SIENA</b></p>
---	--

PROVINCIA DI SIENA	RICHIEDA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA	
--------------------	---	--

#### 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.).