**RILEVAZIONE SUPPORTO EDUCATIVO ALLIEVI/E**

 **CON DISABILITA’/ALTRI BES**

**Anno scolastico 2020/2021** Data ………….……

|  |
| --- |
| Denominazione ISTITUTO ……………………………………………………………………….codice meccanografico MIUR: ……………………….Mail istituto ……………………. Telefono istituto …………………………….Cod fiscale istituto …………………Referente ………………………………. |

Cognome …………………………………………….. Nome……………………………………………………. Sesso ……

Codice fiscale …...................................

Nato/a il …………………………………..

Residente a …………………………………………

Inserito/a nella classe ………………………..(**indicare la sezione**)

Sede/ succ.le/sez. coord. ………………………………………………………….

Nuova segnalazione SI ……….. NO …….

Se SI indicare la scuola di provenienza ………………………………………………………….

Orario curricolare settimanale della classe in cui è inserito l’allievo/a: ……………………….

Orario di frequenza settimanale dell’allievo/a con disabilità/Altri BES …………………

Ore di didattica inclusiva assegnate l’anno precedente …………

Ore di didattica inclusiva richieste per l’a.s. 2020/2021………...

Frequenza scolastica prevista: indicare il numero di giorni settimanali...........

L’allievo/a segue una programmazione differenziata SI ….. NO …....

Presenza di altri allievi con disabiltà nella stessa classe ……………………………

(Indicare i codici fiscali)

Situazione di gravità ( desunta dalla certificazione di disabilità ex DPCM 185/2006 ai sensi

 del 3° comma articolo 3 legge 104/1992)

 SI ……. NO …..

 **se SI allegare copia dell'attestazione**

Adesione al **progetto *SUPERIAMOCI***: ………………………………………..

L’U.M.I. indica nell’allegato B parte 2 del P.F. necessità di attivare l’assistenza specialistica

ASSISTENZA DI BASE SI …….. NO …….

 ASSISTENZA SPECIALISTICA SI ……… NO …….

E' stato individuato il personale A.T.A. Per l'assistenza di base: SI …....... NO …..........

Indicare il nominativo del medico referente e l'A.S.L. di riferimento

…...................................................................................................

Se si intende richiedere un intervento di assistenza specialistica si prega di indicare

la figura professionale richiesta:

1. Educatore ………..
2. Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) [residuale] …….
3. Altro (specificare) ………………………………..

Presenza di personale sopracitato nell’a.s. 2019/2020 indicando la figura professionale, le ore assegnate allo studente e gli obiettivi inclusivi e di autonomia raggiunti con l’intervento di tale figura

Descrivere sinteticamente l'intervento e gli obiettivi che l'operatore richiesto dovrà svolgere con lo studente relativamente all’a.s. 2020/2021

|  |
| --- |
|  |

Eventuali altre notizie ritenute utili per la valutazione del caso:

|  |
| --- |
|  |

Per le scuole che aderiscono al progetto ***SUPERIAMOCI*** per studenti in ingresso si prega di precisare le modalità di programmazione e utilizzo delle otto ore di sensibilizzazione da parte dell’educatore, da svolgersi prima dell’inizio delle lezioni:

|  |
| --- |
|  |

Il sottoscritto Dirigente scolastico è a ciò autorizzato da parte della famiglia o dell’interessato se maggiorenne.

Timbro Firma del Dirigente Scolastico

 …………………………………………………..

ALLEGATI: Diagnosi Funzionale - Profilo di Funzionamento -Mod. H e ultimo P.E.I./ certificazione sanitaria rilasciata dalla struttura sanitaria - ultimo PDP/ valutazione pedagogica educativa del Consiglio di Classe

**RISERVATO ALL’Ufficio Diritto allo Studio**

Assegnazione ore di assistenza specialistica a.s. 2019/2020 SI ….. NO….. ore ……..

Figura professionale assegnata: Educatore …………. OSS …………. Altro ………………..

Allegata DIAGNOSI/PF SI ….. NO….. redatta in data …………………………………..

già agli atti dell’ufficio SI’ ……. NO …...

Allegato PEI/PDP SI ….. NO ….. Redatto in data ………………………………

Acquisito Mod. H SI ….. NO …..

Allegata certificazione sanitaria SI…… NO…..

Allegata Valutazione del CdC SI….. NO…..

OSSERVAZIONI e NOTE: