|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Prima richiesta** |  | **Rinnovo** |  | **Passaggio di grado** |

* + - * 1. Dati: Alunno/alunna

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * + 1. Cognome/Nome Alunno/a | | | | |
| **Luogo e data di nascita** |  | | **Sesso** | M  F |
| **CODICE FISCALE** |  | | | |
| **Indirizzo** |  | | | |
| **Comune di residenza** |  | **CAP** | |  |
| **Nome Genitore/Tutore** |  | | | |
| **Telefono/Cellulare Genitore/Tutore** |  | | | |
| **Indirizzo e-mail** |  | | | |

* + - * 1. Dati: Scuola di frequenza Anno Scolastico 2023/2024

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * + - 1. **Istituto/Istituto Comprensivo** |  | | | | | | |
| * + - 1. **Nome scuola**       2. **(plesso frequentato)** |  | | * + - 1. **Tipo scuola** | | | * + - 1.  Infanzia  Primaria       2.  Secondaria 1°  Secondaria 2° | |
| * + - 1. **Indirizzo** |  | | | | | | |
| * + - 1. **Classe e Sezione** |  | **Ore settimanali classe** | |  | * + - 1. **Ore di**       2. **frequenza alunno**   **(indicare quante ore l’alunno/a sarà effettivamente presente a scuola)** | |  |
| * + - 1. **Dirigente Scolastico** |  | | * + - 1. **Tel.** | | |  | |
| * + - 1. **Referente attività di sostegno** |  | | * + - 1. **Tel.** | | |  | |
| * + - 1. **Programmazione didattica (per gli ordini di scuola interessati)** | * + - 1. **Curricolare  Semplificata  Differenziata** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * + - 1. **Insegnante di sostegno** | * + - 1. Sì  No  | * + - 1. **Ore insegnante di sostegno assegnate** nell’anno scolastico 2022/2023 |  |
|  |  | * + - 1. **Ore insegnante di sostegno richieste**       2. per l’anno scolastico **2023/2024** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Attestazione L.104/92 art. 3** | **Comma 3** **Comma 1**  |

* + - * 1. Necessità educative assistenziali:

|  |  |
| --- | --- |
| * + - 1. **Livello di assegnazione ore richieste[[1]](#footnote-2)** | Massimo Alto Medio Basso |
| **Sostituzione prioritaria:** si può richiedere per l’alunno/a che può recare danno a sé stesso e/o agli altri, o che per la sua patologia necessita di assistenza continua e totale e che, in entrambe le casistiche, sia affiancato per l’intero orario di frequenza da una figura di supporto (insegnante sostegno e/o educatore/trice) | **Sì**  **No**   **Da valutare in seguito**(solo per le nuove attivazioni)  |
| **Nota in caso di sostituzione prioritaria:** specificare come la scuola garantirà la copertura dell’intero orario di frequenza scolastica dell’alunno/a |  |

* + - * 1. N.B. Nella tabella seguente viene riportato il numero di ore assegnate 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 |

* + - * 1. Tipologia di handicap

|  |  |
| --- | --- |
|  **Fisico** |  **Psichico** |
| Disturbi motori | Disturbi psichici |
| Epilessia | Ritardo cognitivo/evolutivo |
| Altro: | Disturbi comportam. e relazionali |
| Esiti da traumi/interventi chirurg. transitori | Esiti da traumi/interventi chirurg. transitori |
|  **Sensoriale** |  **Altro** |
| Non vedente | Sindrome genetica |
| Non udente | Altro: |
| Esiti da traumi/interventi chirurg. transitori | Esiti da traumi/interventi chirurg. transitori |

* + - * 1. DIAGNOSI FUNZIONALE / PROFILO DI FUNZIONAMENTO (breve descrizione)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

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

**AREA AUTONOMIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***profilo dei bisogni*** | ***autonomo*** | ***con aiuto*** | ***assist. completa*** | ***profilo dei bisogni*** | ***autonomo*** | ***con aiuto*** | ***assist. completa*** |
| Igiene della persona |  |  |  | Uso di ausili / protesi |  |  |  |
| Cura del proprio aspetto |  |  |  | Mobilità nella classe/scuola |  |  |  |
| Utilizzazione dei servizi igienici |  |  |  | Uso dei mezzi pubblici |  |  |  |
| Alimentazione |  |  |  | Orientamento sul territorio |  |  |  |
| ***Obiettivo dell’intervento:*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| * + - * 1. Attività previste e modalità: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| * + - * 1. Tempistica: | | | | | | | |

**AREA COMUNICAZIONE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***profilo dei bisogni*** | ***adeguata*** | ***limitata*** | ***assente*** | ***per le disabilità sensoriali*** | ***completa*** | ***limitata*** | ***assente*** |
| Comprensione verbale |  |  |  | Lettura labiale |  |  |  |
| Comunicazione verbale |  |  |  | Linguaggio dei segni |  |  |  |
| Comunicazione non verbale |  |  |  | Braille |  |  |  |
| ***Obiettivo dell’intervento:*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| * + - * 1. Attività previste e modalità: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| * + - * 1. Tempistica: | | | | | | | |

**AREA RELAZIONALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***profilo dei bisogni*** | ***autonoma*** | ***mediata*** | ***assente*** | ***profilo dei bisogni*** | ***autonoma*** | ***mediata*** | ***assente*** |
| Capacità di interazione  con il gruppo classe |  |  |  | Capacità di gestione dell’aggressività e dei conflitti |  |  |  |
| Capacità di interazione  con i singoli compagni |  |  |  | Capacità di adattare il comportamento alla situazione |  |  |  |
| Capacità di collaborare  con i compagni |  |  |  | Capacità di accettazione  delle regole |  |  |  |
| ***Obiettivo dell’intervento:*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| * + - * 1. Attività previste e modalità: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| * + - * 1. Tempistica: | | | | | | | |

**AREA DEGLI APPRENDIMENTI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***profilo dei bisogni*** | ***presente*** | ***insufficiente*** | ***assente*** | ***profilo dei bisogni*** | ***presente*** | ***insufficiente*** | ***assente*** |
| Attenzione |  |  |  | Capacità logico-matematiche |  |  |  |
| Comprensione del testo |  |  |  | Disegno |  |  |  |
| Scrittura |  |  |  | Capacità fino-motorie |  |  |  |
| ***Obiettivo dell’intervento:*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| * + - * 1. Attività previste e modalità: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| * + - * 1. Tempistica: | | | | | | | |

* + - * 1. ***Altre informazioni rilevanti da segnalare*** *(es. portatore PEG, ecc.)*

|  |
| --- |
|  |

* + - * 1. Altri interventi attivati

|  |  |
| --- | --- |
| ***In orario scolastico*** | ***In orario extra-scolastico*** |
| Assistenza Infermieristica | Assistenza Domiciliare |
| Terapie farmacologiche | Assistenza Educativa Domiciliare |

* + - * 1. Competenze specifiche dell’assistente educativo

Specificare eventuali competenze specifiche dell’assistente educativo richiesto (es. conoscenza della lingua dei segni o del braille ecc.…)

|  |
| --- |
|  |

* + - * 1. Operatori di riferimento

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Cognome e Nome*** | ***e-mail*** | ***n. tel.*** |
| Assistente Sociale |  |  |  |
| 1. Neuropsichiatra Infantile |  |  |  |
| Psicologo |  |  |  |
| * + - 1. Logopedista |  |  |  |
| Terapista della riabilitazione |  |  |  |
| Educatore domiciliare |  |  |  |

Ai fini dell'erogazione del servizio richiesto, il sottoscritto genitore/tutore dell'alunno dichiara di essere informato che i dati personali contenuti nella presente scheda sono trattati dal Comune di Firenze esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (GDPR - General Data Protection Regulation - 2016/679 e normativa nazionale vigente), come esplicitati nella nota informativa consultabile all’indirizzo <https://www.comune.fi.it/pagina/privacy>

***Operatori A.S.L.***

***(NPI/Psicologo/Logopedista…) Dirigente Scolastico Genitore[[2]](#footnote-3) / Tutore***

*(Firma obbligatoria) (Firma obbligatoria) (Firma obbligatoria)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La proposta di monte ore settimanale del servizio di assistenza educativa scolastica deve tener conto delle seguenti condizioni inderogabili:

   - non può superare il limite massimo del 50% dell’orario di effettiva frequenza dell’alunno/a

   - non può superare il numero delle ore di insegnante di sostegno effettivamente assegnate

   - non può prevedere ore di compresenza fra insegnante di sostegno ed educatore/trice, se non espressamente previste in sede P.E.I.; in tal caso, è necessario allegare copia del verbale del P.E.I. [↑](#footnote-ref-2)
2. Qualora il modulo sia firmato da un solo genitore, si intende che le dichiarazioni/richieste in esso contenute siano state condivise.

   La presente domanda recepisce le nuove disposizioni contenute nel decreto legislativo 28 dicembre 2013, n. 154 che ha apportato modifiche al codice

   civile in tema di filiazione. Si riportano di seguito le specifiche disposizioni concernenti la responsabilità genitoriale.

   *Art. 316 co. 1 c.c.*

   *Responsabilità genitoriale.*

   *Entrambi i genitori hanno la responsabilità genitoriale che è esercitata di comune accordo tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni naturali e*

   *delle aspirazioni del figlio. I genitori di comune accordo stabiliscono la residenza abituale del minore.*

   *Art. 337- ter co. 3 c.c.*

   *Provvedimenti riguardo ai figli.*

   *La responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione, alla*

   *salute e alla scelta della residenza abituale del minore sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle*

   *aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il*

   *giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente. Qualora il genitore non si attenga alle condizioni dettate, il*

   *giudice valuterà detto comportamento anche al fine della modifica delle modalità di affidamento.*

   *Art. 337-quater co. 3 c.c.*

   *Affidamento a un solo genitore e opposizione all'affidamento condiviso.*

   *Il genitore cui sono affidati i figli in via esclusiva, salva diversa disposizione del giudice, ha l'esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale su di*

   *essi; egli deve attenersi alle condizioni determinate dal giudice. Salvo che non sia diversamente stabilito, le decisioni di maggiore interesse per i figli*

   *sono adottate da entrambi i genitori. Il genitore cui i figli non sono affidati ha il diritto ed il dovere di vigilare sulla loro istruzione ed educazione e può*

   *ricorrere al giudice quando ritenga che siano state assunte decisioni pregiudizievoli al loro interesse.*

   Alla luce delle disposizioni sopra indicate, la presente richiesta, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa da entrambi i

   genitori. Con la sottoscrizione, pertanto, il genitore dichiara di aver effettuato la scelta nell'osservanza delle norme del codice civile sopra richiamate in

   materia di responsabilità genitoriale. [↑](#footnote-ref-3)