

CERTIFICAZIONECognome
nato/a il
indirizzoNome
a
residenza

Telef.

Iscrizione prevista per l'anno scolastico / Alla classe della scuola

Proviene da stessa scuola altra scuola indicare quale**DIAGNOSI CLINICA** (codici ICD-10) (Scrivere per esteso la diagnosi clinica)

Asse I:

Asse II:

Asse III:

Asse IV:

TIPOLOGIA DELLA DISABILITA' PREVALENTE

(secondo classificazione convenuta - elencata in calce - indicando livello di gravità)

 lieve medio grave

1. Disabilità visiva

2. Disabilità uditiva

3. Disabilità neuromotoria di origine centrale

4. Disabilità intellettiva

5. Sindromi genetiche

6. Disabilità psico-relazionale

7. Disturbi del comportamento (specificare)

8. Disturbi dell'apprendimento da componente
neuropsicologica

9. altro: specificare

La situazione dell'alunno:

 impedisce non impedisce lo svolgimento delle attività di laboratorio previste dal corso di studi scelto.**Richiesta di personale a carico:**

-
- dell'A. ULSS
-
-
- della Provincia

Trattamenti riabilitativi:

-
- previsti
-
-
- in corso
-
-
- conclusi

La presente certificazione ha validità: 1 2 3 4 5 anni

Data

FIRMA

Dichiaro di aver preso visione della presente certificazione

Firma del genitore _____

DIAGNOSI FUNZIONALE

Cognome		Nome
nato/a il		a
indirizzo	Telef.	Residenza

Descrizione funzionale redatta in forma sintetica:

--

Descrizione funzionale con particolare attenzione alle potenzialità:**AREA COGNITIVA**

--

AREA NEUROPSICOLOGICA

(Memoria - Attenzione - Organizzazione spazio/temporale)

--

AREA LINGUISTICO/COMUNICATIVA**AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE****AREA MOTORIO-PRASSICA***Motricità globale:**Motricità fine:*

AREA DELL'AUTONOMIA*(Personale - Sociale)***AREA SENSORIALE (A:VISTA - B:UDITO)***Difficoltà (tipo e grado di deficit):***ALTRE OSSERVAZIONI SIGNIFICATIVE ED EVENTUALI INDICAZIONI DI SVILUPPO**

INDICAZIONI PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA
--

Per favorire l'accesso alla frequenza scolastica, ai sensi della legge 104/92, nonché la piena fruizione dell'attività educativo-didattica della scuola, si ravvisa l'opportunità delle risorse e delle condizioni seguenti:

(barrare dove necessario)

- personale socio sanitario per l'autonomia e la relazione
- personale tecnico-riabilitativo in orario extrascolastico
- trasporto specializzato
- ausili tecnici:
 - per la postura
 - per la deambulazione
 - per la comunicazione
- assenza barriere architettoniche
- trattamenti riabilitativi
 - previsti
 - in corso
 - luogo e modalità di frequenza _____

 - conclusi
- altro _____

Data _____

Firma

PROFILO DINAMICO-FUNZIONALE

Cognome nato/a il indirizzo	Nome a telef.
-----------------------------------	---------------------

AREA COGNITIVA

<i>Descrizione</i>	<i>Potenzialità</i>

AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE

<i>Descrizione</i>	<i>Potenzialità</i>

AREA COMUNICAZIONALE

<i>Descrizione</i>	<i>Potenzialità</i>

AREA LINGUISTICA	
<i>Descrizione</i>	<i>Potenzialità</i>

AREA SENSORIALE	
<i>Descrizione</i>	<i>Potenzialità</i>

AREA MOTORIO-PRASSICA	
<i>Descrizione</i>	<i>Potenzialità</i>

AREA NEUROPSICOLOGICA	
<i>Descrizione</i>	<i>Potenzialità</i>

AREA DELL'AUTONOMIA	
<i>Descrizione</i>	<i>Potenzialità</i>

AREA DELL'APPRENDIMENTO	
<i>Descrizione</i>	<i>Potenzialità</i>

EVENTUALI ANNOTAZIONI

Gruppo di lavoro: A. ULSS - SCUOLA - FAMIGLIA

.....

Data _____ Validità: dal _____ al _____

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

Cognome nato/a il indirizzo	Nome a telef.
-----------------------------------	---------------------

INTERVENTI DIDATTICO - EDUCATIVI	<i>Soggetti Responsabili</i>

INTERVENTI RIABILITATIVI	<i>Soggetti Responsabili</i>

INTERVENTI EXTRASCOLASTICI	<i>Soggetti Responsabili</i>

INTERVENTI FAMILIARI	<i>Soggetti Responsabili</i>

Data _____ Validità: dal _____ al _____

(denominazione dell'istituzione scolastica)

Prot. n.

data

Al Centro Servizi Amministrativi di PADOVA

RICHIESTA RISORSE

Si richiedono le seguenti risorse per l'integrazione dell'alunno/a sotto indicato.

Cognome	Nome
luogo di nascita	data
indirizzo	telef.

L'alunno/a, nell'anno scolastico attuale, frequenta la scuola ⁽¹⁾ : _____

cl.	sez. *	tempo	m/p	plesso
* per la scuola dell'INFANZIA indicare gli anni 3, 4, 5 o sezione mista				

L'alunno/a, nel prossimo anno scolastico, frequenterà presumibilmente la scuola: _____

cl.	sez. *	tempo	m/p	plesso
* per la scuola dell'INFANZIA indicare gli anni 3, 4, 5 o sezione mista				

ATTIVITÀ DI SOSTEGNO SVOLTE NELL'ANNO SCOLASTICO ATTUALE ⁽²⁾								
sostegno	h/settimanali	a	b	c	d	e	Progetto	continuità

DATI SULLA CLASSE E LE RISORSE DELLA SCUOLA ⁽³⁾
Classe
Scuola

ALTRE FIGURE PROFESSIONALI PER L'INTEGRAZIONE ⁽⁴⁾
di assistenza
di educazione/riabilitazione

STRATEGIE DIDATTICHE DI INTEGRAZIONE ATTIVATE ⁽⁵⁾

TEMPI / MODALITÀ / SCOPI DELLA RICHIESTA DI RISORSE ⁽⁶⁾

Firma dei componenti del gruppo che ha stilato la richiesta:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

RELAZIONE CONCLUSIVA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

*timbro della
scuola*

Il Dirigente Scolastico

Note alla compilazione del modello RR (Richiesta Risorse)

(1) Indicare l'ordine di scuola. Indicare alla voce **plesso** il nome della scuola; alla voce **tempo** le ore settimanali della classe; alla voce **m/p** il numero dei rientri pomeridiani (0 oppure 1, 2, 3, ecc.) effettuati settimanalmente dalla classe.

(2) Indicare la presenza o meno dell'insegnante di sostegno e il numero di ore settimanali nell'anno scolastico in corso. Barrare le voci interessate conforme all'organizzazione attuale del lavoro dell'insegnante di sostegno:

a) tutte le ore sono svolte in classe;

b) tutte le ore sono svolte in piccolo gruppo;

c) parte delle ore sono svolte in classe (a) e parte in piccolo gruppo (b);

d) parte delle ore sono svolte in classe o in piccolo gruppo (a/b) e parte in rapporto individuale (e);

e) gran parte delle ore in rapporto individuale in spazio specifico.

Indicare alla voce **Progetto** con SI/NO se l'insegnante di sostegno svolge un Progetto didattico che coinvolge tutta la classe; alla voce **continuità** (solo per gli anni successivi al primo di ogni corso o di certificazione) indicare con SI/NO se l'insegnante di sostegno è lo stesso dell'anno precedente o è cambiato.

(3) Indicare alla voce **Classe** il numero degli alunni, il clima della classe, il numero di docenti che intervengono, l'organizzazione

prevalente (es. classi aperte, a modulo, ecc.), l'eventuale utilizzo della contemporaneità.

Alla voce **Scuola** indicare la presenza di strutture e servizi specifici, di materiali e spazi per l'integrazione.

- (4) Indicare tempi e modalità di intervento delle figure professionali di assistenza o di educazione/riabilitazione.
- (5) Sulla base del Piano Educativo Individualizzato e delle verifiche del lavoro svolto, delineare un breve profilo delle strategie di integrazione, del curriculum attivato, dei risultati ottenuti e delle potenzialità in evoluzione.
- (6) Delineare le motivazioni della quantità richiesta di risorse, l'utilizzo delle ore, le modalità di integrazione con le altre risorse della scuola.

(denominazione dell'istituzione scolastica)

Prot. n.

data

All' A. U.L.S.S. n. Unità Operativa

.....

.....

SEGNALAZIONE ALUNNO IN DIFFICOLTA

(art. _ _ _ _ accordo di programma)

Si segnala a codesto servizio dell'A.ULSS l'alunno/a sottoindicato per gli approfondimenti di competenza.

Cognome	Nome
luogo di nascita	data
Indirizzo/residenza	telef.

PARTE PRIMA

L'alunno/a frequenta:

Scuola dell'Infanzia (denom. e indirizzo) _____
sezione relativa agli anni: 3 4 5 Mista per ore settimanali _____ con presenza a mensa: SI NO

Scuola Primaria (denom. e indirizzo del plesso) _____
classe n. _____ sez. _____ classe _____ per ore sett. _____ con n. rientri pomeridiani _____
 classe **a tempo pieno** con presenza a mensa: SI NO

Scuola Secondaria di 1° grado (denom. e indirizzo del plesso) _____
classe n. _____ sez. _____ classe **con orario mattutino sino alle ore** _____ con rientri pomeridiani _____

Scuola Secondaria di 2° grado (denom. e indirizzo del plesso) _____
classe n. _____ sez. _____ per ore settimanali _____ con rientri pomeridiani n _____
eventuale indirizzo frequentato _____

Modalità di frequenza:

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA PRINCIPALE

per cui si chiede la collaborazione dell'A. U.L.S.S.

Empty box for description of the problem.

I genitori dell'alunno
(per presa visione)

Il Dirigente Scolastico

PARTE SECONDA

DATI RISERVATI EMERSI DALLE OSSERVAZIONI DELLA SCUOLA*(da compilarsi a cura degli insegnanti dell'alunno)*

Cognome	Nome
data di nascita	classe
scuola	a.scol.

AUTONOMIA PERSONALE*(Deambulazione, uso dei servizi igienici, cura della persona, alimentazione. Iniziative personali rispetto a spazi, strumenti, tempi, libere attività, ...)***ASPETTI COGNITIVI***(Competenze senso/percettive e motorie, espressive, di orientamento spazio/temporali, linguistiche, logico/matematiche, ...)*

SOCIALIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI <i>(Atteggiamenti e comportamenti con i coetanei e con gli adulti. Motivazione, interesse rispetto alle attività, ...)</i>

ALTRI ASPETTI SIGNIFICATIVI RILEVATI

data _____

I docenti dell'alunno/a

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

_____ (denominazione dell'istituzione scolastica)

All'U.L.S.S. n. _____

Servizi Sociali

Indirizzo: _____

RICHIESTA PERSONALE ASSISTENTE
ANNO SCOLASTICO ____ / ____

Si segnala a codesta Amministrazione l'alunno/a sottoindicato per l'assegnazione di personale assistente come richiesto dalla certificazione e diagnosi funzionali allegate.

Cognome		Nome	
luogo di nascita		data	
indirizzo		telefono	
residenza			

Nuova richiesta Conferma

L'alunno/a frequenterà:

Scuola dell'Infanzia (denom. _____ e indirizzo _____)
sezione relativa agli anni: 3 4 5 Mista per ore settimanali _____ presenza di mensa SI NO

Scuola Primaria (denom. _____ e indirizzo _____ del plesso _____)
Classe _____ sez. _____ classe a modulo per ore sett. _____ con n. rientri pomeridiani _____
 classe a tempo pieno con presenza mensa SI NO

Scuola Secondaria di 1° grado (denom. _____ e indirizzo _____ del plesso _____)
Classe _____ sez. _____ classe con orario mattutino sino alle ore _____ con n. rientri pomeridiani _____
 classe a tempo prolungato con presenza mensa SI NO

Scuola Secondaria di 2° grado (denom. _____ e indirizzo _____ del plesso _____)
Classe _____ sez. _____ per ore settimanali _____ con n. rientri pomeridiani _____
eventuale indirizzo frequentato _____

RIEPILOGO ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE ____ / ____

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ore settimanali di sostegno, con personale docente, avute a favore dell'alunno disabile a. s. ____ - ____ | |
|---|--|

INFORMAZIONI ANNO SCOLASTICO CORRENTE ____ - ____
--

INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE DELLA CLASSE DI PERTINENZA
--

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ore settimanali di sostegno con personale docente richiesto per l'anno ____ - ____ | |
| <ul style="list-style-type: none"> • ore settimanali di assistenza con personale ULSS richieste per l'anno ____ - ____ | |
| <ul style="list-style-type: none"> • alunni previsti nella classe di appartenenza | |

INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE GENERALE DELLA SCUOLA

PERSONALE NON DOCENTE (ausiliario, collaboratore scolastico, ecc...)

N.	QUALIFICA	CONTRATTO DI LAVORO	
Per le scuole dell'Infanzia Paritarie			
Ha avuto accesso ai contributi regionali L. R. n. 23/1980 (DGR n. 449 del 28/02/2006) (a.s. precedente)		SI	NO
Ha avuto accesso contributi Ministero della Pubblica Istruzione (ex M.I.U.R.) L. n 62/2000 tramite l'Ufficio Scolastico Provinciale (ex C.S.A.) (a. s. 2004-2005)		SI	NO

Eventuali altre informazioni che possono essere utili per una migliore organizzazione del Servizio di Integrazione Scolastica Disabili

Timbro della Scuola

data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
