

Modello R.A.S.
Al Comune di _____

Integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap

ASSISTENZA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE

Richiesta di personale di Assistenza per l'autonomia e la comunicazione agli alunni disabili, certificati ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104.

ANNO SCOLASTICO _____ / _____
ISTITUTO COMPRENSIVO _____ PLESSO FREQUENTATO _____
COMUNE OVE HA SEDE LA SCUOLA _____

Si richiede l'assegnazione di personale addetto all'assistenza specialistica per:

ALUNNO: COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ IN VIA _____
PROVENIENTE DA ALTRA SCUOLA () _____ STESSA SCUOLA () _____
ISCRITTO ALLA CLASSE _____ SEZIONE _____
ISCRITTO PER LA PRIMA VOLTA () _____

• DESCRIZIONE SINTETICA DELLA DISABILITA' DELL'ALUNNO, IN BASE ALLA DIAGNOSI FUNZIONALE:

• GRADO DI COMPROMISSIONE DELLE ABILITA'

Livello di gravità: 0 1 2 3 4

• GRADO DI COMPROMISSIONE DELLE ABILITA' SOCIALI

Livello di gravità: 0 1 2 3 4

Dai dati raccolti si ritiene che la situazione dell'alunno _____ all'interno dell'ambiente scolastico sia:

PUNTEGGIO TOTALE DELLA SCALA DI VALUTAZIONE DELLA GRAVITA' _____

In riferimento al P.E.I. descrivere sinteticamente l'intervento che l'operatore richiesto dovrà svolgere con l'alunno e gli obiettivi da raggiungere:

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

Problematiche che l'alunno evidenzia nel contesto scolastico:

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

Variabili individuali e contestuali, facilitanti od ostacolanti l'integrazione scolastica:

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

GRIGLIA RIASSUNTIVA

| Iscritto per la prima volta SI | Iscritto per la prima volta NO | Ore di frequenza settimanali della classe | Ore di frequenza settimanali dell'alunno | Ore di sostegno richieste per l'anno di riferimento del RAS | Ore di sostegno erogate nell'anno scolastico in corso | Ore di Assistenza materiale erogato dal personale ATA | Ore di assistenza specialistica settimanali richieste |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| | | | | | | | |

Sulla base di un'attenta valutazione dei reali bisogni dell'alunno _____, si ritiene necessario richiedere un numero di ore di Assistenza Specialistica pari a : _____ **ORE SETTIMANALI**

Qualifica e firma dei componenti del gruppo H (per le nuove situazioni è sufficiente la firma di un componente della N.P.I.)

Servizio di Neuropsichiatria Infantile _____

Servizio Sociale Comune di _____

Docenti _____

ARS _____

Centro Riabilitativo _____

Famiglia _____

Data compilazione _____ / _____ / _____

Il Dirigente Scolastico