



Città di Pescara

Modello R.A.S.
Al Comune di Pescara

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 PER LA PRIMA VOLTA

ISCRITTO ALLA CLASSE _____ SEZIONE _____



Città di Pescara

- 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' _____



Città di Pescara

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:

--



Città di Pescara

GRIGLIA RIASSUNTIVA

Isritto per la prima volta SI	Isritto 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 Pescara _____

Docenti _____

ARS _____

Centro Riabilitativo _____

Famiglia _____

Data compilazione _____ / _____ / _____

Il Dirigente Scolastico