# SCHEDA DI SEGNALAZIONE SERVIZIO INTERVENTI SOCIO-EDUCATIVI IN AMBITO SCOLASTICO A.S. 2023/2024

**ISTITUTI SUPERIORI DI SECONDO GRADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME E NOME** |  |
| **Nato/a il** |  |
| **Residente a** |  |
| **Istituto frequentato e plesso** |  |
| **Classe frequentata A.S. 2023/2024** | Classe ………. |
| **COMPLESSITA’ INDIVIDUALE E DI CONTESTO SCOLASTICO** |
| **Diagnosi sanitaria da verbale L. 104****comma 1………comma 3……….** | **Codice ICD10** |
|  |
|  |
| **Profilo di funzionamento** |
|  |
|  |
| **Potenzialità risultanti dal profilo di funzionamento in ambito:** |
|  | **Scarse** | **Medie** | **Buone** |
| Cognitivo |  |  |  |
| Linguistico-comunicativo |  |  |  |
| Emotivo relazionale |  |  |  |
| Motorio-prassico |  |  |  |
| Autonomia |  |  |  |
| **Nel contesto scolastico l’alunno può presentare fragilità nelle seguenti aree funzionali:** |
|  | **Non rilevanti** | **Accentuate** | **Molto accentuate** |
| Area della comunicazione-relazione |  |  |  |
| Area linguistico-espressiva |  |  |  |
| Area logico-matematica |  |  |  |
| Area motorio-prassico |  |  |  |
| Area sensoriale (vista e udito) |  |  |  |
| Area cognitiva e dell’apprendimento |  |  |  |
| Area dell’autonomia |  |  |  |
| **Sintesi del PEI** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Organizzazione dei servizi per l’anno scolastico 2022/2023** |
|  |
| **Caratteristiche della classe** |
| Numero alunni ……….. di cui ……… con disabilità |
| **Ore frequentate/tempo-scuola** |
| **L’alunno frequenta** per n …. ore settimanali su .…di tempo/scuola |
| **L’alunno ha** n°….ore di sostegno |
| **L’alunno segue una programmazione**: |
| * curriculare
 | * differenziata
 |
| **L’alunno necessita di assistenza igienica-personale** |

|  |  |
| --- | --- |
| * si
 | * no
 |
| **L’alunno necessita del Servizio Interventi Socio-Educativi proposta condivisa o da condividere con****lo specialista di riferimento (Neuropsichiatra/Psicologo ASL Toscana Centro)** |
| * Si Ipotesi numero ore …
 | * No
 |
| **L’alunno necessita di eventuale assistenza infermieristica per bisogni sanitari complessi (gestione****stomie, tracheo, PEG )** |
| * si
 | * no
 |
| Se sì, specificare tipologia di presidio …………………………………………………………………… |

# NOTE:

**Indicare il nominativo del:**

* **Docente Referente ………………………….. recapito tel… ;**
* **Neuropsichiatra/Psicologo di riferimento ;**
* **Genitori dell’alunno ……………………………………………………… recapito tel.**

**…………………………………… e-mail ……………………………………..**

# DIRIGENTE SCOLASTICO

**(Timbro e Firma)**

**…………………………………….**

Data …..………………………

# SPAZIO RISERVATO AL/AGLI ESERCENTE/I RESPONSABILITA’ GENITORIALE

La/Il sottoscritta/o nata/o a il / / , residente a Via n. ,

cell. e-mail:

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di □ genitore □tutore □ familiare dell’alunno/a

# DICHIARO

* Di essere stato informato della richiesta effettuata da parte dell’Ist. Scolastico di attivazione del Servizio Interventi socio-educativi;
* Di essere a conoscenza che l’attivazione del servizio comporta la presa in carico da parte del Servizio Sociale Professionale Territoriale;
* Di autorizzare la scuola alla consegna/invio della documentazione sanitaria L.104 agli Enti Pubblici e all’Ente gestore del Servizio di Interventi Socio-Educativi.

**FIRMA per consenso esplicito per il conferimento e il trattamento dei dati personali e relativa presa in carico da parte del Servizio Sociale Professionale Territoriale come sopra specificato**

Data ………………………………… Firma ……………………………………………….