# 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 ……………………………………………….