

**ASSISTENZA SPECIALISTICA SCUOLE - PROGETTO INDIVIDUALE
ANNO SCOLASTICO _____**

**1° PARTE DA COMPILARE IN OCCASIONE DEL PRIMO GRUPPO DI LAVORO UTILE
DELL'ANNO SCOLASTICO**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Comune di residenza _____

Riferimenti scuola:

IC _____ Scuola frequentata _____

Classe _____

Indirizzo _____ Tel _____

Insegnanti di riferimento (specificare se di sostegno o curricolari)

Operatore NPI di riferimento _____

**Rete di riferimento (FKT, Logopedia Servizio Sociale, STD, altro...) e relativi obiettivi degli
interventi specialistici**

Obiettivi previsti nel PEI/POF _____

NUMERO TOTALE DI ORE SETTIMANALI ASSISTENZA SPECIALISTICA _____
DI CUI N. _____ IN COMPRESENZA CON ALTRI INSEGNANTI
DI CUI N. _____ ATTIVITA' INDIVIDUALI
DI CUI N. _____ ATTIVITA' IN GRUPPO

Obiettivi specifici dell'assistenza specialistica, compresi eventuali interventi tiflopedagogici

Descrizione dei compiti di ciascun operatore per la realizzazione del progetto (operatore assistenza specialistica, insegnanti di sostegno e curricolari, personale ATA, tiflogoga). Specificare gli interventi effettuati dagli operatori coinvolti con particolare attenzione alle tecniche per la comunicazione

Indicazioni in caso di assenza dell'operatore (necessità di intervento sostitutivo assistenziale o educativo, gestione con personale scolastico, docenti e/o ATA, ecc.)

Prospettive/possibilità di inserimento in altre attività/servizi _____

Note (riguardanti mensa, trasporti, informazioni varie, richieste della famiglia...)

Totale ore di frequenza scolastica dell'alunno (se ridotte, specificarne i motivi)

Modalità di attuazione del progetto individuale di assistenza specialistica (specificare giorni, orari, sede e se l'attività è individuale, in compresenza con altri insegnanti e/o di gruppo)

GIORNO		orario		Attività
		Dalle	alle	
Lunedì	Mattino			
	Pomeriggio			
Martedì	Mattino			
	Pomeriggio			
Mercoledì	Mattino			
	Pomeriggio			
Giovedì	Mattino			
	Pomeriggio			
Venerdì	Mattino			
	Pomeriggio			

Operatori di riferimento (specificare il nome e la qualifica professionale degli operatori coinvolti nel Progetto)

OPERATORE (nome e cognome)	QUALIFICA PROFESSIONALE

_____, li: _____

Firma del genitore _____

Firma dell'insegnante di riferimento _____

Firma dell'operatore NPI _____

Firma dell'operatore di assistenza specialistica _____

2° PARTE DA COMPILARE IN OCCASIONE DELLE VERIFICHE

Verifiche degli obiettivi dell'assistenza specialistica

data	Obiettivo	Verifica

