**RICHIESTA INTERVENTO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA
PER ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP**

**Dati dell’alunno per il quale si chiede l’intervento educativo:**

cognome ……………………………………………………………………………… nome ………………………………………………………………………………

nato il …………………………………. a ………………………………………………… residente a ………………………………………………………………

iscritto per l’anno scolastico …………………/…………………

presso la scuola …………………………………………………………………………………………………. classe ………………………………………………

Referente per il gruppo insegnanti…………………………………………………………………………

**Contatti dei genitori dell’alunno:**

genitore 1 nome………………………………………………… cognome……………………………………………………………………………………………

residente a ………………………………………………………………………… in via …………………………………………………………………………………

telefono ……………………………………………………………………… e-mail ………………………………………………………………………………………

genitore 2 nome………………………………………………… cognome……………………………………………………………………………………………

residente a ………………………………………………………………………… in via …………………………………………………………………………………

telefono ……………………………………………………………………… e-mail ………………………………………………………………………………………

In possesso di certificazione di condizione di gravità, ai sensi della:

* legge 104/1992 art. 3, comma 1;
* legge 104/1992 art. 3, comma 3.

N. ore settimanali di frequenza scolastica …………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| L’alunno/a segue: | * il programma curriculare
* un programma semplificato
* un programma differenziato
* orario scolastico frequentato/ipotizzato …………………………………………………
 |

N. alunni presenti in classe: ………………………………

N. alunni con certificazione di disabilità: ……………………………… di cui con Assistenza Educativa ………………………………

**Interventi attivati nell’anno scolastico …………………/…………………**

(descrizione) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**e risorse umane destinate** **(indicare per ogni figura professionale le ore)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | n. ore settimanali |
| * insegnante di sostegno
 |  |
| * educatore
 |  |
| * altro personale interno alla scuola - con rapporto individuale
 |  |
| * altro personale interno alla scuola - copresenza in gruppo
 |  |
| * altre figure *(specificare)*
 |  |
| * collaboratore scolastico per assistenza all’igiene e all’autonomia
 | [ ] sì [ ] no |

**Risorse umane ipotizzate per l’anno scolastico ………./…….. (indicare per ogni figura professionale le ore)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | n. ore settimanali |
| * insegnante di sostegno
 |  |
| * educatore
 |  |
| * altro personale interno alla scuola - con rapporto individuale
 |  |
| * altro personale interno alla scuola - copresenza in gruppo
 |  |
| * altre figure (specificare)
 |  |
| * collaboratore scolastico per assistenza all’igiene e all’autonomia
 | [ ] sì [ ] no |

Si allega:

* Fotocopia del verbale di accertamento dell’alunno in situazione di handicap (da allegare in sede di prima istanza o se aggiornata recentemente)
* Diagnosi funzionale o relazione specialistica (da allegare in sede di prima istanza o se aggiornata recentemente)
* Informativa servizio di assistenza educativa scolastica minori con disabilità

Data ………………………………… Firma ……………………………………………………