MIUR - USRV
UFFICIO VIII AMBITO TERRITORIALE - VICENZA
Scuole Polo per l'Inclusione (SPI)
Centri Territoriali per l'Inclusione (CTI)
Centro Territoriale di Supporto (CTS)

ISTITUTO COMPRENSIVO "C. Ridolfi" LONIGO
sportelloautismo.vi@iclonigo.eu

SPORTELLO AUTISMO - RICHIESTA ATTIVAZIONE/CONFERMA A.S. 2018 / 2019

Il Dirigente Scolastico _____
(cognome e nome)

dell'Istituto _____
(denominazione)

_____
(indirizzo)

_____
(recapiti: telefono, e-mail, ecc.)

CHIEDE

◯ **ATTIVAZIONE** ◯ **CONFERMA**

PER (indicare le tipologie di intervento richieste)

- ☐ supporto educativo-didattico-organizzativo intersezione/team/consiglio di classe
- ☐ formazione docenti e personale della scuola
- ☐ formazione classe inclusiva e tutoring

Plesso (ordine di scuola e denominazione) per il quale si richiede l'intervento:

_____

Per l'alunno/a _____ **Sesso** ◯M ◯F **Anno nascita** _____
(sigla cognome e nome)

◯ **Infanzia**

◯ **Primaria**

◯ **Sec. I grado**

◯ **Sec. II grado**

Classe/Sezione _____ **Diagnosi** _____
(2018/2019) Indicare tutti i codici presenti nel Verbale di Accertamento

Servizio Sanitario e Specialista

Servizio AULSS N. _____
Specialista _____

Docente di riferimento per contatti

Nominativo _____
Telefono _____
Indirizzo e-mail _____

Coordinatore per l'Inclusione

Nominativo _____

ORARIO FREQUENZA SCOLASTICA **REGOLARE** ☐ **FLESSIBILE** ☐

ORE SETTIMANALI insegnante specializzato ☐

ORE SETTIMANALI operatore soc. sanitario ☐

ORE SETTIMANALI assistente alla comunicazione ☐

CODICE ICD 10:

SINTESI Diagnosi Funzionale

		COGNOME	**NOME**
SPECIALISTI *che hanno in carico l'alunno*	NEUROPSICHIATRA		
	PSICOLOGO		
	LOGOPEDISTA		

DESCRIVERE LE MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA DI SUPPORTO

DESCRIZIONE

FORMA DI COMUNICAZIONE

LINGUAGGIO VERBALE

- utilizza una forma appropriata di linguaggio verbale convenzionale ○
- utilizza una forma semplice di linguaggio verbale convenzionale (parola frase) ○
- utilizza un linguaggio verbale non convenzionale ○
- linguaggio verbale non presente ○

LINGUAGGIO NON VERBALE: SISTEMI ALTERNATIVI DI COMUNICAZIONE

- gesti / segni		☐
- suoni		☐
- oggetti		☐
- foto		☐
- immagini		☐
- simboli		☐
- agende		☐
- computer		☐
- altro		☐

AUTONOMIA

	assente	deficitaria	adeguata	raggiunta
- personale	○	○	○	○
- sociale	○	○	○	○
- scolastica	○	○	○	○

COMPORTAMENTI PROBLEMATICI

		grave	moderata	lieve	assente
- imprevedibilità		○	○	○	○
- rischio di fuga		○	○	○	○
- aggressività nei confronti:					
di se stesso.		○	○	○	○
dei compagni.		○	○	○	○
degli adulti.		○	○	○	○
dell'ambiente.		○	○	○	○

SPECIFICITÀ

PUNTI DI FORZA	
Discipline di interesse	
Attività scolastiche di interesse (colorare, leggere, dispositivi tecnologici, ecc.)	
Altre attività di interesse anche extra scuola (ascoltare musica, giochi di società, film, fumetti, sport, ecc.)	
Indicare almeno tre attività didattiche in cui è autonomo nell'esecuzione	1. 2. 3.
Dal punto di vista educativo e didattico si ottengono risultati migliori	**In classe** ◯ rapporto 1:1 con un adulto ◯ in coppia con un compagno ◯ in piccolo gruppo **In altro ambiente scolastico** (specificare quale) ◯ rapporto 1:1 con un adulto ◯ in coppia con un compagno ◯ in piccolo gruppo

Consenso dei genitori al Servizio di supporto:

Madre(o di chi esercita la responsabilità genitoriale) _____

Padre(o di chi esercita la responsabilità genitoriale) _____

IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE. Il sottoscritto genitore dichiara, sotto la propria personale responsabilità, che ☐l'altro genitore condivide le finalità della presente domanda ☐di essere genitore unico

*firma*_____ Tutore *firma*_____

Docente Coordinatore per la sezione / Team / Consiglio di classe

Data_____ *firma*_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____

DA INVIARE A: Istituto Comprensivo "C. Ridolfi" Via Della Repubblica n. 6, 36045 Lonigo Fax 0444/438525

e-mail sportelloautismo.vi@iclonigo.eu **all'attenzione di Antonella Sbicego e allo Specialista del Servizio Sociosanitario che ha in carico l'alunno**