

SERVIZIO ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA

SCHEDA RICHIESTA INTERVENTO

ASSISTENTE SOCIALE CASE MANAGER		
NOME E COGNOME: COMUNE: TELEFONO: INDIRIZZO E-MAIL:		
ALTRI OPERATORI PRESENTI SUL CASO I (in caso di più operatori duplicare la riga) NOME E COGNOME: QUALIFICA:		
DATI DEL MINORE		
NOME e COGNOME: DATA e LUOGO DI NASCITA: CODICE FISCALE: INDIRIZZO RESIDENZA: DOMICILIO (se diverso dalla residenza):		
CERTIFICAZIONI ☐ 104 ART. 3 c.1 ☐ 104 ART. 3 c. 3 ☐ IN ATTESA DI RILASCIO ☐ ALTRO (situazioni straordinarie in deroga o fondi SDS)	SPECIFICHE EVENTUALI (esempio: se in corso, dettaglio certificazione utili allo svolgimento del servizio):	CATEGORIA ISTAT ☐ FAMIGLIE E MINORI ☐ MARGINALITÀ ☐ DISABILITÀ
FAMILIARE DI RIFERIMENTO		
MADRE	NOME e COGNOME: INDIRIZZO RESIDENZA/DOMICILIO: TELEFONO: INDIRIZZO E-MAIL:	
PADRE	NOME e COGNOME: INDIRIZZO RESIDENZA/DOMICILIO: TELEFONO: INDIRIZZO E-MAIL:	
ALTRI FAMILIARI DI RIFERIMENTI (se necessario) o NUCLEO AFFIDATARIO o	NOME e COGNOME: INDIRIZZO RESIDENZA/DOMICILIO: TELEFONO: INDIRIZZO E-MAIL:	

Società della Salute Fiorentina Sud Est

COLLOCATARIO		
FONDO E TIPO DI INTERVENTO		
☐ ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA COMUNALE (Progetto A) ☐ MINORI Fondi SDS (Progetto A1)		
SITUAZIONE FAMILIARE E DEL CONTESTO DI VITA DEL MINORE (indicare quanto ritenuto utile allo svolgimento del servizio)		
CARATTERISTICHE DEL MINORE (indicare quanto ritenuto utile allo svolgimento del servizio): Necessità di farmaci salvavita durante lo svolgimento del servizio: indicare Si o NO CARATTERISTICHE DEI FAMILIARI /DI RELAZIONE		
SCUOLA FREQUENTATA		
ISTITUTO COMPRENSIVO: NOMINATIVO PLESSO: RECAPITI (e-mail istituzionale): GRADO DI SCUOLA: CLASSE:	TEMPO SCUOLA ☐ PIENO ☐ RIDOTTO	
INSEGNANTE DI SOSTEGNO/REFRENTI DISABILITÀ		
NOME E COGNOME: TELEFONO: INDIRIZZO E-MAIL:	ORE settimanali:	
AUTORITÀ GIUDIZIARIA (indicare solo se necessario ai fini dell'erogazione del servizio)		
☐ AFFIDAMENTO AL SERVIZIO SOCIALE ☐ AFFIDAMENTO ETEROFAMILIARE ☐ AFFIDAMENTO INTRAFAMILIARE ☐ TUTORE ☐ CURATORE	NOME e COGNOME: TELEFONO: INDIRIZZO E-MAIL:	Attribuzione di poteri e competenze nei rapporti con la scuola CONDIVISI: _____ ATTRIBUITI A: _____

Società della Salute Fiorentina Sud Est

AGGIORNAMENTO/VERIFICHE DEL PROGETTO	
VERIFICA: ☐ TRIMESTRALE ☐ SEMESTRALE	CON REPORT SCRITTO: ☐ TRIMESTRALE ☐ SEMESTRALE
TEMPISTICHE DI AVVIO INTERVENTO	
DATA RICHIESTA AVVIO (entro il): NUMERO DI ORE SETTIMANALI: DATA TERMINE INTERVENTO: ☐ AL TERMINE DELL'ANNO SCOLASTICO IN CORSO ☐ AL TERMINE DELL'ANNO SCOLASTICO IN CORSO CON ACCOMPAGNAMENTO ESAMI CONCLUSIVI DEL CICLO ☐ PROSECUZIONE ANCHE NELL'ANNO SCOLASTICO SUCCESSIVO	
OBIETTIVI DEL PROGETTO EDUCATIVO SCOLASTICO	
AUTONOMIE DI BASE (azioni per sostenere l'acquisizione di competenze mancanti se acquisibili nel processo di progressiva autonomia): 	
AREA DELLA COMUNICAZIONE (azioni a sostegno dell'apprendimento, ampliamento delle forme di comunicazione adeguate rispetto alla specifica disabilità): 	
AREA DELLA RELAZIONE (facilitazione all'inserimento nel gruppo classe e dei pari nel contesto del plesso scolastico): 	
AREA DEGLI APPRENDIMENTI (azioni in collaborazione con il personale didattico per favorire lo sviluppo delle capacità metacognitive espresse in base alle possibilità di apprendimento): 	
EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	
ALTRI OPERATORI SUL CASO: ☐ NPI (NOME E COGNOME, RECAPITI): ☐ PSICOLOGO Smia (NOME E COGNOME, RECAPITI): ☐ PEDIATRA O MMG(NOME E COGNOME, RECAPITI):	

Società della Salute Fiorentina Sud Est

☐ ALTRO:

Luogo e data:

Firma Assistente Sociale