

## SCHEDA DI RICHIESTA ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA MINORI DISABILI E/O IN CONDIZIONE DI SVANTAGGIO

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME NATO/A A RESIDENTE A RECAPITO TEL. | NOME ILIN VIA  |

|  |
| --- |
| **Diagnosi** (*riportare brevemente la diagnosi e allegare obbligatoriamente documento relativo alla Diagnosi Funzionale, se disponibile*): |
| **Servizio inviante** (*specificare se presente o meno un Provvedimento dell’Autorità Giudiziaria*) |
| **Servizio specialistico** (*specificare servizio che ha in carico il minore e modalità di contatto del servizio*) |
| **Interventi** (*specificare se sono attivi e/o se sono stati attivati interventi a favore del minore e/o del nucleo familiare*) |
| **Monte ore assegnato per intervento educativo** |
| **Obiettivi intervento di assistenza educativa** |

* **AMBITO FAMILIARE**

|  |
| --- |
| **Breve descrizione del nucleo familiare** |

* **AMBITO SCOLASTICO**

|  |
| --- |
| **Scuola frequentata:****Classe:****Referente scolastico** (specificare se presente insegnante di sostegno) |

Servizio Sociale di riferimento: Comune di ………………………………..

Operatore referente:

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

 Il Dirigente Scolastico o suo Delegato

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_