

MODULO 2

AZIENDA ASL RM1

Servizio T.S.M.R.E.E
Via Cassia 472

Al Municipio Roma XV
Ufficio Servizio Sociale
Area Disabilità
Via Cassia, 472
(per tramite dell'Istituto
Scolastico)

DICHIARAZIONE AI FINI DELL'ASSEGNAZIONE DELL'OPERATORE EDUCATIVO PER L'AUTONOMIA (OEPA ex AEC)

SUL GRADO DI AUTONOMIA E AUTOSUFFICIENZA DEI MINORI CON DISABILITA'
DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA COMUNALE, MATERNA STATALE, PRIMARIA E
SECONDARIA DI I°.

(DA ALLEGARE SOLO IN OCCASIONE DELL'IMMISSIONE DELL'ALUNNO NELLA PRIMA CLASSE DI
OGNI ORDINE DI STUDIO ED IN TUTTI I CASI DI TRASFERIMENTO DA ALTRE SCUOLE)

Dati anagrafici

Cognome e nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Indirizzo: _____ C.A.P. _____

Telefono: _____

Scuola di appartenenza

Scuola: _____

Classe: _____ Tempo pieno: si no

orario effettivo di frequenza settimanale: _____ (dalle ore _____ alle ore _____)

Insegnante di sostegno: si no

Ore di sostegno settimanali richieste: _____

Diagnosi clinica

Dati socio-sanitari

Livello di autonomia:

- Nell'orientamento spazio-temporale:
 - Assolutamente insufficiente
 - Appena sufficiente
 - Buona

- Nei processi cognitivi:
 - Assolutamente insufficiente
 - Appena sufficiente
 - Buona

- Nelle relazioni sociali:
 - Assolutamente insufficiente
 - Appena sufficiente
 - Buona

L'utente ha condotta:

- autolesiva; eteroaggressiva; agitazione psicomotoria

Livello di autosufficienza:

- Nella deambulazione:
 - Assolutamente insufficiente
 - Appena sufficiente
 - Buona

- Nella nutrizione:
 - Assolutamente insufficiente
 - Appena sufficiente
 - Buona

- Controllo sfinterico:
 - si
 - no

- Crisi epilettiche:
 - si
 - no

L'utente ha il riconoscimento della legge 104/92:

- comma 1; comma 3; ha in corso l'istruttoria per il riconoscimento della l.104/92

IPOTESI DI INTERVENTO

Obiettivo:

- Sostegno nell'attività didattico-educativa interna;
- Sostegno nell'attività didattico-educativa esterna;
- Collaborazione con i docenti nelle suddette attività e nelle situazioni di particolari esigenze espresse dall'alunno;
- Sostegno per il soddisfacimento dei bisogni primari;
- Collaborazione nell'organizzazione e nello svolgimento delle attività ludico-motorie e sportive;
- Altro

Tipologia di intervento:

- Attività di laboratorio;
- Attività ludico-motoria;
- Collaborazione trasporto scolastico;
- Supporto e assistenza durante le gite scolastiche/visite guidate;
- Supporto docenti;
- Vigilanza, accompagnamento e assistenza nei servizi igienico-sanitari;
- Ausilio nella consumazione del pasto;
- Attività di collaborazione con gli educatori per l'organizzazione e lo svolgimento di attività ludico-motorie e sportive;
- Altro

Data _____

L'Equipe Certificante

Sede:

Riferimento telefonico:

N.B.: nel caso in cui sia stato compilato da un Ente Accreditato occorre allegare anche la Certificazione per l'Integrazione Scolastica dell'ASL di riferimento