

MODULO RICHIESTA ASSISTENZA AEC

AL MUNICIPIO ROMA I
U.O. SECS
Servizio SAISH SCUOLA
Circonvallazione Trionfale 19
00195 Roma
(per il tramite dell' Istituto Scolastico)

Oggetto: richiesta assistenza AEC anno scolastico -

Il/La sottoscritto/a

Residente in _____

via

Tel.....cellulare.....

Genitore dell'alunno /a

Nato a _____ il _____

Iscritto per l'anno scolastico - alla classe

della Scuola

Attualmente seguito dal Servizio della ASL (o ente accreditato) :

.....

CHIEDE

Di usufruire a favore del proprio figlio/a del Servizio AEC per l'anno scolastico -

Allega:

certificazione sanitaria redatta sull'apposito modulo prestampato

altro specificare

Roma.....

FIRMA.....

AZIENDA ASL RM-E/ ENTE ACCREDITATO
SERVIZIO
.....

AL MUNICIPIO ROMA ex-17
U.O. SECS
Servizio SAISH SCUOLA
Circonvallazione Trionfale 19
00195 Roma
(per il tramite dell'Istituto Scolastico)

DICHIARAZIONE AI FINI DELL'ASSEGNAZIONE DELL'ASSISTENTE EDUCATIVO CULTURALE (AEC) IN
AMBITO SCOLASTICO, DEL LIVELLO DI AUTONOMIA DELL'ALUNNO

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Domicilio.....

Telefono.....

SCUOLA DI APPARTENENZA

Scuola Indirizzo del plesso

Tel..... FAX.....

Classe Tempo pieno si no

Orario effettivo della presenza settimanale (dalle ore..... alle ore)

Ore di sostegno settimanali richieste:

DIAGNOSI FUNZIONALE O CERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA (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)

DIAGNOSI CLINICA:

.....
.....
.....
.....

DATI SOCIO-SANITARI

LIVELLO DI AUTONOMIA

- Nell'orientamento spazio-temporale: assolutamente insufficiente
appena sufficiente
buono

- Nei processi cognitivi assolutamente insufficiente
appena sufficiente
buono

- Nelle relazioni sociali assolutamente insufficiente
appena sufficiente
buono

LIVELLO DI AUTOSUFFICIENZA

Nella deambulazione: assolutamente insufficiente
appena sufficiente
buono

- Nella deambulazione: assolutamente insufficiente
appena sufficiente
buono

- Controllo sfinterico: Si
No

- Crisi epilettiche: Si
No

L'ALUNNO HA CONDOTTA:

- Autolesiva: Si
No

- Eteroaggressiva: Si
No

- Agitazione psicomotoria: Si

No

L'Alunno ha il riconoscimento della Legge 104/1992:

- Handicap grave
- Handicap
- L'alunno ha in corso l'istruttoria per il riconoscimento della Legge 104/92, richiesto alla competente Commissione ASL invalidi Civili

IPOTESI 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
- Collaborazione con gli educatori per l'organizzazione e lo svolgimento di attività ludico-motorie e sportive
- Altro (specificare):

Data:

L'EQUIPE ASL-SERVIZIO/ENTE ACCREDITATO

.....

.....

SEDE:.....

TELEFONO.....