

AZIENDA ASL RM/.....
SERVIZIO TSRMEE

AL MUNICIPIO ROMA 1 CENTRO
U.O. SES
Servizio SAISH SCUOLA
Circonvallazione Trionfale, 1900195 Roma
Via Petroselli n.50 00186 - 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

ScuolaIndirizzo 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
-

I POTESI 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 TSRMEE

.....

.....

SEDE:.....

TELEFONO.....