|  |  |
| --- | --- |
| http://www.indire.it/includes/indire_header/img/banner_pon@2x.jpg | **logo ok** |
|  **Primo Circolo Didattico “E. De Amicis”- Viale dei Platani, s.n.c. 93017 San Cataldo(CL)** tel. 0934-571232 - fax 0934/589289<http://www.primocircolosancataldo.gov.it> e-mail: clee02400v@istruzione.itPEC: clee02400v@pec.istruzione.it  |  |
|  |  |
|  |  |

**RELAZIONE DI VERIFICA**

**SERVIZIO DI ASSISTENZA**

**PER L’AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE**

**IN FAVORE DI ALUNNI DISABILI**

**ALUNNO**/**A**

 COGNOME NOME

 LUOGO DI NASCITA: DATA DI NASCITA:

 INDIRIZZO : TEL.

 SEZIONE/ CLASSE:

 A.S.

 PLESSO:

|  |
| --- |
|  |

 SCUOLA DELL’INFANZIA

|  |
| --- |
|  |

 SCUOLA PRIMARIA

DIAGNOSI SINTETICA

**BREVE PRESENTAZIONE DEL CASO:**

**METODOLOGIE E STRATEGIE:**

**OBIETTIVI RAGGIUNTI:**

**OBIETTIVI A LUNGO TERMINE DA RAGGIUNGERE:**

**N° SETTIMANALE DI ORE FRUITE NELL’ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA PER L’AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE:\_\_\_\_\_\_\_**

**PROPOSTA DEL NUMERO DI ORE DI SERVIZIO ASSISTENZA PER L’AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE PER L’ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**In considerazione dei bisogni formativi dell’alunno, si richiede per l’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_un monte ore settimanale del servizio di assistenza per l’autonomia e la comunicazione di\_\_\_\_\_\_\_\_ore.**

**SAN CATALDO**

 **ASP**

**Il Dirigente Scolastico**

 **Comune di San Cataldo**

 **Responsabile del servizio**

**Presidente e legale rappresentante**

**Cooperativa Sociale**

**Insegnanti**

**Ins. FS**

**Assistente per l’autonomia e la comunicazione**

**Genitore**

**SAN CATALDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**