



Città di Pescara

Modello R.A.S.
Al Comune di Pescara

Integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap

ASSISTENZA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE

Richiesta di personale di Assistenza per l'autonomia e la comunicazione agli alunni disabili, certificati ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104

ANNO SCOLASTICO _____/_____

ISTITUTO COMPRENSIVO _____ PLESSO FREQUENTATO _____

COMUNE OVE HA SEDE LA SCUOLA _____

Si richiede l'assegnazione di personale addetto all'assistenza specialistica per:

ALUNNO: COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

PROVENIENTE DA ALTRA SCUOLA ☐ _____ STESSA SCUOLA ☐ ISCRITTO PER LA PRIMA VOLTA ☐

ISCRITTO ALLA CLASSE _____ SEZIONE _____



Città di Pescara

- DESCRIZIONE SINTETICA DELLA DISABILITA' DELL'ALUNNO, IN BASE ALLA DIAGNOSI FUNZIONALE:

- GRADO DI COMPROMISSIONE DELLE ABILITA'

Livello di gravità: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

- GRADO DI COMPROMISSIONE DELLE ABILITA' SOCIALI

Livello di gravità: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Dai dati raccolti si ritiene che la situazione dell'alunno _____ all'interno dell'ambiente scolastico sia:

PUNTEGGIO TOTALE DELLA SCALA DI VALUTAZIONE DELLA GRAVITA' _____



Città di Pescara

In riferimento al P.E.I. descrivere sinteticamente l'intervento che l'operatore richiesto dovrà svolgere con l'alunno e gli obiettivi da raggiungere:

Problematiche che l'alunno evidenzia nel contesto scolastico:

Variabili individuali e contestuali, facilitanti od ostacolanti l'integrazione scolastica:



Città di Pescara

GRIGLIA RIASSUNTIVA

Iscritto per la prima volta SI	Iscritto per la prima volta NO	Ore di frequenza settimanali della classe	Ore di frequenza settimanali dell'alunno	Ore di sostegno richieste per l'anno di riferimento del RAS	Ore di sostegno erogate nell'anno scolastico in corso	Ore di Assistenza materiale erogato dal personale ATA	Ore di assistenza specialistica settimanali richieste

Sulla base di un'attenta valutazione dei reali bisogni dell'alunno _____, si ritiene necessario richiedere un numero di ore di Assistenza Specialistica pari a : _____ ORE SETTIMANALI

Qualifica e firma dei componenti del gruppo H (per le nuove situazioni è sufficiente la firma di un componente della N.P.I.)

Servizio di Neuropsichiatria Infantile _____

Servizio Sociale Comune di Pescara _____

Docenti _____

ARS _____

Centro Riabilitativo _____

Famiglia _____

Data compilazione ____/____/____

Il Dirigente Scolastico



Città di Pescara

Allegato Modello R.A.S.

La griglia riassuntiva qui sotto riportata dovrà essere spedita al Comune di Pescara entro il 31 ottobre dell'anno scolastico per il quale si richiede l'attivazione del Servizio.

Griglia della Compresenza settimanale degli insegnanti/operatori dell'alunno disabile

(Docente curriculare, docente di sostegno, assistente per l'autonomia e la comunicazione ; in riferimento all'anno di compilazione)

Alunno: Nome _____ Cognome _____

Scuola _____ Plesso _____ Classe _____

	I ORA	II ORA	III ORA	VI ORA	V ORA	VI ORA	TOT. ORE DI COMPRESENZA
LUNEDI'							
Docente curriculare							
docente di sostegno							
assistente specialistica							
MARTEDI'							
Docente curriculare							
docente di sostegno							
assistente specialistica							
MERCOLEDI'							
Docente curriculare							
docente di sostegno							
assistente specialistica							



Città di Pescara

	I ORA	II ORA	III ORA	VI ORA	V ORA	VI ORA	TOT. ORE DI COMPRESENZA
GIOVEDI'							
Docente curriculare							
docente di sostegno							
assistente specialistica							
VENERDI'							
Docente curriculare							
docente di sostegno							
assistente specialistica							
SABATO							
Docente curriculare							
docente di sostegno							
assistente specialistica							
TOT.							

Data compilazione ____/____/____

Il Dirigente Scolastico