

INCLUSIONE EDUCATIVA DI BAMBINI CON DISABILITA' SENSORIALE
PIANO INDIVIDUALE PERCORSO NIDI
ANNO EDUCATIVO ____/____

**attivazione del servizio dai nidi/micronidi pubblici e privati e sezioni primavera
della scuola dell'infanzia**

Alla ATS _____

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____ codice fiscale _____

nella sua qualità di:

- ☐ genitore del bambino/beneficiario
☐ tutore legale del bambino/beneficiario

Telefono _____

indirizzo e-mail _____

CONFERMA LA RICHIESTA DI PRESA IN CARICO E L'OSSERVAZIONE DA PARTE

ENTE EROGATORE CAPOFILA

Denominazione: ** _____

Codice fiscale: ** _____

☐ forma singola

☐ in rete con: _____

REFERENTE DEL PIANO INDIVIDUALE

Cognome: _____

Nome: _____

Qualifica: _____

Telefono: _____

Cell.: _____

Email di
contatto: _____

PEC: _____

DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO:

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____

Prov _____

Data di nascita _____

Codice fiscale _____

Comune di residenza o domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Prov _____
C.a.p. _____
Via _____

SCOLARITA'

Il minore frequenta:

☐ Asilo Nido ☐ Micronido ☐ Sezione Primavera

Anno di frequenza:

☐ 1° ☐ 2° ☐ 3° ☐ Anno di saldatura

Frequenza:

☐ Tempo pieno ☐ Tempo parziale: _____ (specificare)

Denominazione della struttura: _____

Indirizzo: _____

Comune: _____

Tel: _____

E mail di contatto: _____

Coordinatore della struttura _____

Cognome _____

Nome _____

Tel _____

E mail di contatto: _____

TIPOLOGIA DISABILITÀ:

☐ Sensoriale Visiva ☐ Sensoriale Uditiva ☐ Pluridisabilità

Specificare la tipologia di pluridisabilità:

☐ Sensoriale Visiva in presenza di altra disabilità (specificarla _____)

☐ Sensoriale Uditiva in presenza di altra disabilità (specificarla _____)

☐ Sordo - Cieco

☐ Presenza di genitori con disabilità sensoriale

☐ Presenza di fratelli/sorelle con disabilità sensoriale

☐ Utilizzo LIS (Lingua dei Segni) come modalità comunicativa utilizzata prevalentemente in famiglia

TIPO INTERVENTO

☐ Intervento di nuova attivazione (il bambino è la prima volta che usufruisce del servizio)

☐ Rinnovo (già in carico con lo scrivente Ente in precedenza)

☐ Rinnovo (precedentemente in carico ad altro Ente)

AUTORIZZA LA PRESENTAZIONE DEL SEGUENTE PIANO INDIVIDUALE

ATTUAZIONE P.I.

data di avvio osservazione/intervento ¹ | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | _ | _ |

data di conclusione | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | _ | _ |

¹ Le ore dedicate dagli operatori esperti in disabilità sensoriale all'osservazione e alla valutazione ambientale sono riconosciute all'interno del Piano Individuale. La data di avvio dell'intervento pertanto coincide con l'inizio dell'osservazione

PROFESSIONISTI COINVOLTI (nome cognome):

- ☐ Assistente alla comunicazione _____
- ☐ Tiflogo/tiflopedagoga _____
- ☐ Pedagogista _____

Referenti servizi specialistici (servizi sanitari, ASST, ecc.) _____

Altri operatori coinvolti (es. Assistente all'autonomia e comunicazione personale fornito dal comune,) _____

Sintesi della fase di Osservazione:

(indicare sinteticamente le attività richieste dalla fase di osservazione in struttura educativa/domicilio e la sua durata)

Indicare il numero di ore dedicate alla fase di osservazione: _____

Rispetto alla/al bambina/o e alla famiglia

Rispetto all'ambiente (struttura educativa/domicilio)

Descrizione del PI:

(descrivere sinteticamente le attività, anche con riferimento alle figure professionali coinvolte, e in accordo con gli operatori del nido, che saranno realizzate per l'attuazione del PI)

Obiettivi da raggiungere:

(descrivere gli obiettivi previsti tenendo conto di quanto emerso dalla fase di osservazione e condiviso con gli operatori del nido)

Rispetto alla/al bambino/a _____

Rispetto alla struttura educativa _____

COSTI PREVISTI

- ☐ **Assistente alla comunicazione**
Cognome _____ Nome _____
numero ore totali previste _____ Totale Euro _____
di cui ore dedicate all'osservazione preventiva _____
- ☐ **Tiflogo/ tiflopedagoga**
Cognome _____ Nome _____
numero ore totali previste _____ Totale Euro _____
di cui ore dedicate all'osservazione preventiva _____
- ☐ **Pedagoga**
Cognome _____ Nome _____
numero ore totali previste _____ Totale Euro _____
di cui ore dedicate all'osservazione preventiva _____

Materiale speciale (max € 400,00):

Tipologia _____

Costo previsto _____

Totale complessivo del Piano Individualizzato Euro

Data, _____

Firma del legale rappresentante o suo delegato dell'Ente Erogatore

Firma del Referente dell'Asilo Nido/micronido/Sezione primavera

Firma del richiedente
