



ALLEGATO B

**PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE
(PAI)
SERVIZIO DI SOSTEGNO SOCIO EDUCATIVO
SCOLASTICO**

**PIANO SOCIALE DI ZONA
2020-2022**



ANAGRAFICA	
COMUNE	
NOME E COGNOME ALUNNO/A	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
ISTITUTO SCOLASTICO	
CLASSE	

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE			
Grado di parentela	Nome e Cognome	Età	Professione

ALTRE PERSONE ATTIVE			
Grado di relazione	Nome e Cognome	Età	Professione

DIAGNOSI _____

EVENTUALE COMORBILITA' _____

Certificato di invalidità civile si no

Certificato di handicap (legge 104/92 art. 3 co.1) si no

Certificato di handicap (legge 104/92 art. 3 co.3) si no



VALUTAZIONE FORMATIVA E PEDAGOGICO-EDUCATIVA DEL MINORE

VALUTAZIONE SOCIALE DEL NUCLEO FAMILIARE E DEL MINORE

SITUAZIONE ECONOMICA NUCLEO

RETI SOCIALI NUCLEO

VALUTAZIONE SOCIO-EDUCATIVA DEL MINORE E RILEVAZIONE BISOGNI

n. ore SSES:

--

--

LUOGO _____ DATA _____

ASSISTENTE SOCIALE

GENITORE/TUTORE/ ESERCENTE LA POTESTÀ
PARENTALE



CURRICULUM SCOLASTICO DEL MINORE ALUNNO

VALUTAZIONE FABBISOGNO SCOLASTICO DEL MINORE ALUNNO

OBIETTIVI E PROPOSTA DI INTERVENTO DEL MINORE ALUNNO PER L'ANNO SCOLASTICO

Programma di lavoro Sostegno Socio-Educativo Scolastico

Durata PAI dal (gg/mm/aa) _____ al (gg/mm/aa) _____

Numero accessi scolastici a settimana: _____

Numero Ore settimanali assegnate: _____ e loro articolazione settimanale:

Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	



Qualifica formativa operatore/i funzionale al raggiungimento degli obiettivi:

- Educatore professionale n. ore sett: _____
- Psicologo n. ore n. ore sett: _____
- Assistenti alla comunicazione coadiuvato dall'Addetto all'assistenza di base (O.S.A.) n. ore sett: _____

Risultati attesi e relativi Indicatori di Risultato

Risultati Attesi	Indicatori di Risultato

Altri servizi e interventi sociali di cui beneficia l'utente e/o uno o più componenti del suo nucleo familiare alla data di sottoscrizione del PAI.

1. Denominazione territoriale del servizio/intervento _____

Codice SUISS _____

Data inizio _____ fine servizio _____

Ripetere per ogni servizio/intervento

<p>Il/la sig./sig.ra _____ (cognome e nome del genitore o tutore o esercente la potestà parentale) condivide il presente piano di assistenza e ne accetta le condizioni</p> <p>Lì _____, il _____</p> <p style="text-align: right;">Firma: _____</p>
--

Lì _____ il _____

PER L'ISTITUTO	Il Docente di riferimento	Il Dirigente Scolastico
PER L'ATS	L'Assistente sociale	L'equipe multidisciplinare
		1. _____
		2. _____