



**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



<b>CURRICULUM SCOLASTICO DEL MINORE ALUNNO</b>

<b>VALUTAZIONE FABBISOGNO SCOLASTICO DEL MINORE ALUNNO</b>

<b>OBIETTIVI E PROPOSTA DI INTERVENTO DEL MINORE ALUNNO PER L'ANNO SCOLASTICO</b>

**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*

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

Lì \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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