Relazione operatore ASACOM

*Attività svolte per il servizio di assistenza specialistica per l’inclusione scolastica finalizzata a garantire il diritto allo studio, assicurare lo sviluppo delle potenzialità del minore con disabilità nell’apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione.*

Cognome e nome assistente ASACOM:

Cooperativa di servizio:

Assegnato/a all’alunno/a: classe:

Scuola dell’infanzia/primaria/secondaria

Docente di sostegno dell’alunno/a:

Servizio svolto dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_

n. ore assegnate: \_\_\_\_\_\_\_\_

Indicare il numero di ore di compresenza col docente di sostegno: \_\_\_\_\_\_

Premesso che all’interno dell’istituzione scolastica l’Asacom, avvalendosi delle proprie competenze specifiche,collaborando con gli insegnanti ed il personale della scuola per l’effettiva partecipazione attiva dell’allievo a tutte le attività scolastiche, ricreative e formative previste dal PTOF, la sottoscritta (cognome e nome) relaziona sul lavoro svolto nel presente anno scolastico.

**1. Breve descrizione delle caratteristiche dell’alunnocon disabilità:***(evincibile dalla documentazione)*

**2. Descrizione del supporto fornito all’alunno/a nella promozione della sua autonomia, specificando le strategie utilizzate per perseguire le finalità formative e di sviluppo complessivo della persona:**

*2.1Descrivere gli obiettivi raggiunti in riferimento al progetto iniziale.*

*2.2 Specificare la tipologia di collaborazione offerta ai docenti nei diversi ambienti di apprendimento per le attività educativo-didattiche che hanno richiesto un supporto funzionale, socio-relazionale e/o di facilitazione della comunicazione.*

*2.3 Indicare le azioni intraprese per il sostegno all’autonomia personale e alla realizzazione ed attuazione delle potenzialità relazionali e sociali dell’alunno con riferimento anche al rapporto con il gruppo dei pari.*

*2.4 (Solo se effettivamente svolto) indicare le forme di comunicazione (anche alternative) utilizzate dall’alunno.*

*2.5 Descrivere eventuali attività di supporto per favorire l’inclusione dell’alunno nei piccoli gruppi.*

**3. Collaborazione con la famiglia:**

*Descrivere il rapporto con la famiglia nell’ambito della collaborazione per favorire lo sviluppo dell’alunno/a.*

**4. Partecipazione alla stesura, verifica e aggiornamento del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.) e partecipazione ai G.L.O. e ad altri momenti di lavoro di équipe della scuola:**

*Specificare se vi è stata collaborazione con gli organi collegiali della scuola, con i terapisti della riabilitazione, con la famiglia, con l’U.M.V., ecc.*

*Descrivere se ha partecipato alla definizione del Piano Educativo Individualizzato,alle attività di programmazione e di verifica con gli insegnanti, singolarmente e/o riuniti negli organi collegiali, con i referenti delle strutture medico-sanitarie e con i servizi territoriali,al fine di favorire la realizzazione integrata degli interventi in atto per il raggiungimento di livelli sempre maggiori di autonomia l’alunno.*

**5. Uscite sul territorio e visite guidate ed eventuale attività di supporto per gli interventi coordinati tra servizi scolastici e servizi sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e altre attività sul territorio, in considerazione del più generale progetto di vita dello studente:**

*Specificare se ha partecipato, a sostegno delle necessità dell’alunno, ad attività didattiche all’aperto e visite guidate programmate dalla scuola.*

**6.Verificae valutazione sugli interventi educativi finalizzati al miglioramento dell’autonomia dell’alunno:**

*Specificare i contributi offerti durante i momenti di verifica e valutazione degli obiettivi del PEI.*

**7. Eventuali ulteriori annotazioni:**

Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA**

Operatore ASACOM

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_