

ALLEGATO N. 2**MODULO RICHIESTA CONSULENZA COMPORTAMENTALE**

(da compilare, sottoscrivere e allegare alla formale richiesta da trasmettere alla mail
scuola.autismo@asppalermo.org)

DATI ALUNNO/A

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

FASCIA DI ETA'	0-3	3-6	7-10	10-16	16-OVER
----------------	-----	-----	------	-------	---------

N. ORE DI INSEGNANTE SOSTEGNO ASSEGNAME _____

N. ORE DI OPERATORE ASACOM ASSEGNAME _____

ASSEGNAZIONE ASSISTENTE IGIENICO PERSONALE SI NO

COME L'ALUNNO COMUNICA I PROPRI BISOGNI E DESIDERI?

DATI SCUOLA

NOME ISTITUTO SCOLASTICO _____

EMAIL _____

NOMINATIVO REFERENTE FUNZIONE STRUMENTALE _____

CONTATTO TELEFONICO _____

INFORMAZIONI SULLA PROBLEMATICA COMPORTAMENTALE EMERSA A SCUOLA

DA QUANTO TEMPO L'ALUNNO/A MANIFESTA QUESTE PROBLEMATICHE COMPORTAMENTALI?

BREVE DESCRIZIONE DELLA TOPOGRAFIA DEL COMPORTAMENTO PROBLEMATICO (ELENcare LE AZIONI CHE COMPIE L'ALUNNO/A)

RILEVAZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALE

RISCHIO COMPORTAMENTALE (SEGNARE LA/LE CASELLA/E CORRISPONDENTE/I AL RISCHIO RISPETTO AL COMPORTAMENTO EMESSO DALL'ALUNNO)

AUTOLESIONISMO	AGGRESSITIVA'	DANNO DISTRUZIONE AMBIENTE	ISOLAMENTO	PERDITA DI OPPORTUNITA'
----------------	---------------	----------------------------------	------------	----------------------------

RISCHIO AMBIENTALE SECONDO UNA VOSTRA VALUTAZIONE, IN RELAZIONE AL COMPORTAMENTO EMESSO DALL'ALUNNO QUALI SONO LE CARATTERISTICHE AMBIENTALI SU CUI BISOGNEREBBE INTERVENIRE PER LA SUA MESSA IN SICUREZZA?

INFORMAZIONI SULL'AMBIENTE

DOVE E' COLLOCATO IL BANCO DELL'ALUNNO/A?

QUANTI ALUNNI SONO PRESENTI IN CLASSE?

IN UNA SCALA DA 1 A 10, QUANTO RUMORE RITENETE CHE VENGA PRODOTTO ALL'INTERNO DELLA CLASSE?

CHE TIPO DI ILLUMINAZIONE E' PRESENTE IN CLASSE? (NEON, LED, ETC..)

NELLA VOSTRA SCUOLA E' PRESENTE UN'AULA DOVE POTERE EFFETTUARE DELLE ATTIVITA' CURRICULARI INDIVIDUALI?

NELLA VOSTRA SCUOLA SONO PRESNTI AREE AGIBILI ALL'APERTO? SI NO

NELLA VOSTRA SCUOLA E' PRESENTE UNA PALESTRA? SI NO

INFORMAZIONI SULLE STRATEGIE UTILIZZATE FINO AD OGGI

E' STATA CONDOTTA UN'ANALISI FUNZIONALE DESCRITTIVA (ABC)? SI NO

NEL VOSTRO STAFF E' PRESENTE UNA FIGURA FORMATA IN ANALISI DEL COMPORTAMENTO APPLICATA (ABA)? SI NO

QUALI SONO GLI EVENTI CHE SOLITAMENTE INNESCANO IL COMPORTAMENTO PROBLEMATICO?

CHE TIPO DI RISPOSTE FORNITE TUTTE LE VOLTE CHE L'ALUNNO/A MANIFESTA IL COMPORTAMENTO PROBLEMATICO?

IN QUALE MOMENTO DELLA GIORNATA SI MANIFESTA CON PIU' PROBABILITA' IL COMPORTAMENTO PROBLEMATICO? (es. all'ingresso, durante la prima ora, dopo la ricreazione, nelle ultime ore, etc.)

INFORMAZIONI SUGLI APPRENDIMENTI E LE ABILITA' A SCUOLA

QUALI SONO LE ATTIVITA' PROPOSTE MAGGIORMENTE GRADITE DALL'ALUNNO?

QUALI SONO LE ATTIVITA' PROPOSTE CHE RIFIUTA DI SVOLGERE L'ALUNNO?

IN QUALE AREA CURRICULARE L'ALUNNO MOSTRA MAGGIORE PADRONANZA?

IN QUALE AREA CURRICULARE NECESSITA MAGGIORE AIUTO?

PER QUANTO TEMPO L'ALUNNO RIESCE A RIMANERE SEDUTO O COLLABORATIVO DURANTE LA LEZIONE?

IN QUALE SITUAZIONE L'ALUNNO RIESCE A CONDIVIDERE ATTIVITA' E SPAZI IN MODO ADEGUATO CON GLI ALTRI? SE NON RIESCE, SPECIFICARE PER QUALE MOTIVO.

Con la presente si chiede formalmente una consulenza comportamentale finalizzata alla migliore gestione dei comportamenti problema che l'alunno/a manifesta a scuola e che il gruppo insegnanti ha difficoltà a gestire. A tal fine la scuola si impegna a collaborare con gli operatori della U.O.C Disturbi dello Spettro Autistico. Sottoscrivendo questo modulo si acconsente al trattamento dei dati personali che saranno trattati nel pieno rispetto dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679..

Data _____

Il Referente Funzione Strumentale

Firma

Il Dirigente Scolastico

Firma