

ALLEGATO 2 – PROGETTO DI INTERVENTO / OSSERVAZIONE

PER LA CONTINUITÀ TERAPEUTICA E L'INCLUSIONE SCOLASTICA

DATI DEL PROFESSIONISTA

Nome e Cognome _____

Qualifica professionale _____

Ordine / Albo professionale _____

Ente di appartenenza / struttura / libero professionista _____

DATI DELL'ALUNNO/A

Nome e Cognome _____

Classe / Sezione _____

Plesso _____

RIFERIMENTI DEL PIANO INDIVIDUALE

L'intervento è previsto e concordato nell'ambito di:

☐ Piano terapeutico o riabilitativo

☐ PEI

DETTAGLI DEL PROGETTO

Motivazione e finalità dell'intervento

Durata prevista

dal ____/____/____ al ____/____/____

Giornate e orari di accesso

Modalità operative (osservazione, supporto, intervento diretto, raccordo con il contesto scolastico, altro)

Eventuali esigenze di flessibilità organizzativa

Il/La sottoscritto/a dichiara che il presente intervento si colloca nell'ambito del percorso di presa in carico dell'alunno/a e che eventuali modifiche di giorni, orari o modalità di accesso, rese necessarie dall'evoluzione dei bisogni dell'alunno o da motivate esigenze cliniche, riabilitative o educative, saranno comunicate formalmente alla scuola.

Luogo e data _____

Firma del Professionista

Visto del Dirigente Scolastico
