

# ROMA



Municipio Roma XII  
Direzione Socio-Educativa  
Ufficio Persone con Disabilità

Il Direttore



All'Istituto Comprensivo Via Fabiola  
Pec.: rmic8fv00p@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo via Crivelli  
Pec.: rmic8f00g@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo Via Bravetta  
Pec.: rmic8fx00a@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo Margherita Hack  
Pec.: rmic8fu00v@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo Largo Oriani  
Pec.: rmic8ft003@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo Piazza Forlanini  
Pec.: rmic8fz002@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo Nando Martellini  
Pec.: rmic86500p@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo Nelson Mandela  
Pec.: rmic8fw00e@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo via D'Avarna  
Pec.: rmic8fy006@pec.istruzione.it

**OGGETTO: Presentazione domanda AEC anno scolastico 2017/2018**

Si invia la comunicazione relativa all'oggetto.

Marcello Visca

Il trattamento e la conservazione dei dati personali contenuti nella presente comunicazione è consentito esclusivamente nel rispetto del D. Lgs. 196/03 per le operazioni strettamente necessarie agli adempimenti di competenza dell'Ufficio.





All'Istituto Comprensivo Via Fabiola .....  
 Pec.: rmic8fv00p@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo via Crivelli  
 Pec.: rmic8f000g@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo Via Bravetta  
 Pec.: rmic8fx00a@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo Margherita Hack  
 Pec.: rmic8fu00v@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo Largo Oriani

All'Istituto Comprensivo Piazza Forlanini  
 Pec.: rmic8fz002@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo Nando Martellini  
 Pec.: rmic86500p@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo Nelson Mandela  
 Pec.: rmic8fw00e@pec.istruzione.it

All'Istituto Comprensivo via D'Avarna  
 Pec.: rmic8fy006@pec.istruzione.it

**OGGETTO: Presentazione domanda AEC anno scolastico 2017/2018**

Al fine di evitare disguidi e poter esaminare le domande di richiesta del servizio AEC in tempo utile per il prossimo anno scolastico, i genitori degli alunni disabili dovranno presentare la documentazione dal **03.04.2017 al 19.05.2017** esclusivamente al Segretariato Sociale e di Prossimità di questo Municipio in via P. Falconieri n.38 nei seguenti giorni e orari:

Lunedì 8,30-12,30 /Martedì 8,30-12,30 14,00 -17,00 /Mercoledì 8,30-12,30 / Giovedì 8,30-12,30

Previo appuntamento telefonico anche in altri orari contattando il numero 06 53 27 37 68.

Per usufruire dell'intervento è necessario presentare :

- 1) la richiesta sottoscritta dal genitore o da chi esercita la responsabilità genitoriale compilata sull'apposito modulo prestampato (allegato n.1) e fotocopia del documento di identità del genitore che presenta la richiesta o dell' esercente la responsabilità genitoriale;
- 2) fotocopia del verbale di riconoscimento dell'Handicap ai sensi della legge 104/92; oppure in sostituzione una dichiarazione da parte del genitore o dell' esercente la responsabilità genitoriale che è stata effettuata la visita per il riconoscimento della legge 104/92 (allegato n.2);





- 3) Certificazione sanitaria redatta su apposito modulo prestampato a cura dell'ASL o a cura dell'Ente accreditato ( allegato n.3 o allegato n.4);
- 4) scheda di scolarizzazione da compilare a cura della Scuola e da consegnare ai Tavoli di programmazione AEC presso il Municipio XII (allegato n.5).

I moduli sopraindicati sono disponibili sul sito del Municipio Roma XII o presso il Segretariato Sociale e di Prossimità.

Non si accettano domande incomplete, per ogni chiarimento è possibile rivolgersi al Segretariato Sociale e di Prossimità Tel.53 27 37 68 e all'Ufficio Persone con Disabilità Tel. 06 53 27 29 45.

Si comunica che un facsimile della presente nota è stato inviato alla Cooperativa Agorà per la distribuzione alle famiglie.

Per ogni altro eventuale chiarimento è possibile contattare il Servizio Sociale ai numeri sopra indicati.

Assistente Sociale  
Cristina Malgherini



# ROMA



Municipio Roma XII  
Servizi Territoriali alla Persona e alla Collettività  
Servizio Sociale

AL MUNICIPIO ROMA XII  
Servizio Sociale Settore Disabili  
Via Paola Falconieri, 38  
00152-Roma

## Allegato n.1

Oggetto: richiesta Servizio A.E.C. anno scolastico 2017/2018

Il/La sottoscritto/a.....

Residente in.....Via.....Tel.....

Genitore dell'allunno/a.....

Iscritto/a per l'anno scolastico 2017/2018 alla classe.....Sezione.....

Della scuola.....

Attualmente seguito/a dal Servizio della ASL (o Ente accreditato).....

.....

### CHIEDE

Di usufruire in favore del/la proprio/a figlio/a del Servizio A.E.C. per l'anno scolastico 2017/ 2018

In allegato:

	Certificazione sanitaria redatta su apposito modulo prestampato
	Fotocopia verbale di riconoscimento handicap ai sensi della Legge 104/92
	Altro. Specificare:.....

### DICHIARA

che la documentazione relativa al riconoscimento dei diritti previsti dalla Legge 104/92 già consegnata al Servizio Sociale del Municipio Roma XII é tutt'ora in corso di validità e non ha subito modifiche.

Roma.....

Firma.....

#### Documentazione riservata

Il trattamento e la conservazione dei dati personali contenuti nella presente documentazione è consentito esclusivamente nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e per le operazioni strettamente necessarie agli adempimenti di competenza dell'Ufficio.





**MODULO DA COMPILARE PER L'INSERIMENTO NEL SERVIZIO AEC A FAVORE DI MINORI CHE HANNO EFFETTUATO VISITA MEDICO/LEGALE E NON SONO ANCORA IN POSSESSO DELLA L. 104/92**

**Allegato n.2**

**Facsimile da a cura del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale**

Io sottoscritto.....  
.....genitore/tutore del  
minore.....

Dichiaro che il/la minore .....nato/a  
.....il.....  
ha effettuato la visita medico – legale per l'accertamento della disabilità in data  
.....presso ..... per invalidità e L. 104/92  
ed è in attesa di verbale definitivo.

**FIRMA**





Allegato n.3

**Distretto Sanitario Municipio XII**  
**U.O.S. TSMREE – Via Arturo Colautti 28/30 – 00152 Roma**  
**Tel. 0656486140 – Fax 0656486139**

**OGGETTO: Certificazione ai fini dell'integrazione scolastica Legge 104/92 art. 12 e D.P.C.M. 185/06**

Anno scolastico \_\_\_\_\_

Mi COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	

DIAGNOSI _____	CODICI PROVVEDITORATO (*) _____
----------------	---------------------------------

AZIONI DI SUPPORTO	LIVELLI DI AUTONOMIA		
	Piena	Parziale	Nessuna
<b>A) SUPPORTO NELLE AZIONI QUOTIDIANE</b>			
E' in grado di assolvere autonomamente ai bisogni personali (igiene/abbigliamento)			
E' in grado di assolvere autonomamente alla nutrizione			
E' in grado di spostarsi autonomamente negli spazi interni ed esterni della scuola			
<b>B) SUPPORTO EDUCATIVO/DIDATTICO</b>	Piena	Parziale	Nessuna
<i>Supporto nelle autonomie sociali, relazionali, comunicative e comportamentali</i>			
E' in grado di collaborare con gli adulti			
E' in grado di interagire con i coetanei			
E' in grado di prendere iniziative relazionali			
E' in grado di rispettare le regole del contesto			
E' in grado di orientarsi negli spazi della scuola			
E' in grado di esprimere le proprie necessità			
E' in grado di esprimere i propri sentimenti			
E' in grado di affrontare le difficoltà in modo reattivo			
E' in grado di affrontare le difficoltà non scoraggiandosi			
E' in grado di affrontare le difficoltà chiedendo aiuto			
<i>Supporto nella autonomia didattica</i>			
E' in grado di seguire autonomamente le attività			
E' in grado di svolgere autonomamente il compito			
E' in grado di utilizzare autonomamente i materiali			
<i>Supporto nelle autonomie fuori dall'aula</i>			
E' in grado di svolgere autonomamente le attività laboratoriali, ludiche, motorie			
E' in grado di sostenere tutte le attività senza la necessità di momenti di riposo			
<b>C) SUPPORTO NELLA CONDOTTA</b>	Piena	Parziale	Nessuna
E' in grado di controllare la propria condotta (autolesiva, etero aggressiva, agitazione motoria)			
<b>D) SUPPORTO "ALTRO" DA SPECIFICARE:</b>	Piena	Parziale	Nessuna

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE UTILI PER L'ASSISTENZA AEC**

---



---



---



---

**N.B. IL CARICO ASSISTENZIALE (RAPPORTO OPERATORI-MINORI) SARÀ SOGGETTO DI VALUTAZIONE DI UN'APPOSITA COMMISSIONE INTEGRATA ASL-MUNICIPIO-SCUOLA (\*) VEDI CODICI SUL RETRO DELLA PAGINA**

**L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE**

**COGNOME E NOME**

**FIRMA**

Neuropsichiatra infantile \_\_\_\_\_

Psicologo \_\_\_\_\_

Assistente sociale \_\_\_\_\_

Operatore sanitario della riabilitazione \_\_\_\_\_



Data \_\_\_\_\_



## **DISTURBI NEUROLOGICI**

### **1.10 ESITO DI PARALISI CEREBRALE INFANTILE**

- 1.11 Emiplegia
- 1.12 Diplegia
- 1.13 Tetraplegia
- 1.14 Sindrome distonico/aretosica
- 1.15 Atassia

### **1.20 MALATTIA NEUROMUSCOLARE**

- 1.21 Distrofia
- 1.22 Altre malattie neuromuscolari

### **1.30 ALTRI DISTURBI NEUROLOGICI**

## **DISTURBI SENSORIALI**

### **2.10 IPOACUSIA**

- 2.11 Trasmisiva di grado medio
- 2.12 Trasmisiva di grado grave o profondo
- 2.13 Neurosensoriale di grado medio
- 2.14 Neurosensoriale di grado grave o profondo

### **2.20 DEFICIT VISIVO**

- 2.21 Di grado medio
- 2.22 Di grado grave

## **DISTURBI SETTORIALI DELLO SVILUPPO**

### **3.10 DISTURBO SPECIFICO DEL LINGUAGGIO**

### **3.20 DISTURBO DELL'ATTENZIONE**

- 3.21 Disturbo dell'attenzione senza iperattività
- 3.22 Disturbo dell'attenzione con iperattività

### **3.30 DISPRASSIA**

### **3.40 DISTURBO SPECIFICO DI APPRENDIMENTO**

- 3.41 Della lettura e/o della scrittura
- 3.42 Del calcolo
- 3.43 Misto

## **DISTURBI GLOBALI DELLO SVILUPPO**

### **4.10 RITARDO MENTALE**

- 4.11 Di grado lieve
- 4.12 Di grado medio
- 4.13 Di grado grave

### **4.20 RITARDO PSICOMOTORIO (solo entro i 6 anni)**

### **4.30 BORDERLINE COGNITIVO**

### **4.40 DISTURBO GENERALIZZATO DELLO SVILUPPO**

- 4.41 Non altrimenti specificato
- 4.42 Di tipo autistico

## **DISTURBI DELLO SVILUPPO AFFETTIVO RELAZIONALE**

### **5.10 DISTURBO DELLA CONDOTTA**

### **5.20 DISTURBO DELLA SFERA EMOZIONALE**

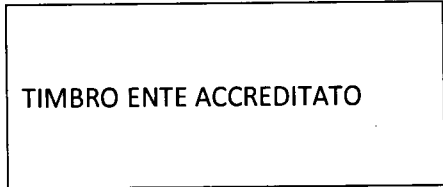
- 5.21 Di tipo depressivo
- 5.22 Di tipo ansioso
- 5.23 Di tipo fobico / ossessivo

### **5.30 DISTURBO DI PERSONALITA'**

- 5.31 Disturbo borderline di personalità
- 5.32 Disturbo psicotico



OGGETTO: CERTIFICAZIONE A.E.C



Anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_

Allegato n.4

Mi minore  
**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_  
**DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI** \_\_\_\_\_ **CODICI PROVEDITORATO (\*)** \_\_\_\_\_

AZIONI DI SUPPORTO	LIVELLI DI AUTONOMIA		
	Piena	Parziale	Nessuna
<b>A) SUPPORTO NELLE AZIONI QUOTIDIANE</b>			
E' in grado di assolvere autonomamente ai bisogni personali (igiene/abbigliamento)			
E' in grado di assolvere autonomamente alla nutrizione			
E' in grado di spostarsi autonomamente negli spazi interni ed esterni della scuola			
<b>B) SUPPORTO EDUCATIVO/DIDATTICO</b>	Piena	Parziale	Nessuna
<i>Supporto nelle autonomie sociali, relazionali, comunicative e comportamentali</i>			
E' in grado di collaborare con gli adulti			
E' in grado di interagire con i coetanei			
E' in grado di prendere iniziative relazionali			
E' in grado di rispettare le regole del contesto			
E' in grado di orientarsi negli spazi della scuola			
E' in grado di esprimere le proprie necessità			
E' in grado di esprimere i propri sentimenti			
E' in grado di affrontare le difficoltà in modo reattivo			
E' in grado di affrontare le difficoltà non scoraggiandosi			
E' in grado di affrontare le difficoltà chiedendo aiuto			
<i>Supporto nella autonomia didattica</i>			
E' in grado di seguire autonomamente le attività			
E' in grado di svolgere autonomamente il compito			
E' in grado di utilizzare autonomamente i materiali			
<i>Supporto nelle autonomie fuori dall'aula</i>			
E' in grado di svolgere autonomamente le attività laboratoriali, ludiche, motorie			
E' in grado di sostenere tutte le attività senza la necessità di momenti di riposo			
<b>C) SUPPORTO NELLA CONDOTTA</b>	Piena	Parziale	Nessuna
E' in grado di controllare la propria condotta (autolesiva, etero aggressiva, agitazione motoria)			
<b>D) SUPPORTO "ALTRO" DA SPECIFICARE:</b>	Piena	Parziale	Nessuna

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE UTILI PER L'ASSISTENZA AEC**

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

**N.B. IL CARICO ASSISTENZIALE (RAPPORTO OPERATORI-MINORI) SARÀ SOGGETTO DI VALUTAZIONE DI UN'APPOSITA COMMISSIONE INTEGRATA ASL-MUNICIPIO-SCUOLA (\*) VEDI CODICI SUL RETRO DELLA PAGINA**

<b>L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE</b>	<b>COGNOME E NOME</b>	<b>FIRMA</b>
Neuropsichiatra infantile	_____	_____
Psicologo	_____	_____
Assistente sociale	_____	_____
Operatore sanitario della riabilitazione	_____	_____

Data \_\_\_\_\_

## **DISTURBI NEUROLOGICI**

### **1.10 ESITO DI PARALISI CEREBRALE INFANTILE**

- 1.11 Emiplegia
- 1.12 Diplegia
- 1.13 Tetraplegia
- 1.14 Sindrome distonico/atetosica
- 1.15 Atassia

### **1.20 MALATTIA NEUROMUSCOLARE**

- 1.21 Distrofia
- 1.22 Altre malattie neuromuscolari

### **1.30 ALTRI DISTURBI NEUROLOGICI**

## **DISTURBI SENSORIALI**

### **2.10 IPOACUSIA**

- 2.11 Trasmisiva di grado medio
- 2.12 Trasmisiva di grado grave o profondo
- 2.13 Neurosensoriale di grado medio
- 2.14 Neurosensoriale di grado grave o profondo

### **2.20 DEFICIT VISIVO**

- 2.21 Di grado medio
- 2.22 Di grado grave

## **DISTURBI SETTORIALI DELLO SVILUPPO**

### **3.10 DISTURBO SPECIFICO DEL LINGUAGGIO**

### **3.20 DISTURBO DELL'ATTENZIONE**

- 3.21 Disturbo dell'attenzione senza iperattività
- 3.22 Disturbo dell'attenzione con iperattività

### **3.30 DISPRASSIA**

### **3.40 DISTURBO SPECIFICO DI APPRENDIMENTO**

- 3.41 Della lettura e/o della scrittura
- 3.42 Del calcolo
- 3.43 Misto

## **DISTURBI GLOBALI DELLO SVILUPPO**

### **4.10 RITARDO MENTALE**

- 4.11 Di grado lieve
- 4.12 Di grado medio
- 4.13 Di grado grave

### **4.20 RITARDO PSICOMOTORIO (solo entro i 6 anni)**

### **4.30 BORDERLINE COGNITIVO**

### **4.40 DISTURBO GENERALIZZATO DELLO SVILUPPO**

- 4.41 Non altrimenti specificato
- 4.42 Di tipo autistico

## **DISTURBI DELLO SVILUPPO AFFETTIVO RELAZIONALE**

### **5.10 DISTURBO DELLA CONDOTTA**

### **5.20 DISTURBO DELLA SFERA EMOZIONALE**

- 5.21 Di tipo depressivo
- 5.22 Di tipo ansioso
- 5.23 Di tipo fobico / ossessivo

### **5.30 DISTURBO DI PERSONALITA'**

- 5.31 Disturbo borderline di personalità
- 5.32 Disturbo psicotico



**SCUOLA .....**

Allegato n.5 (da compilare e consegnare a cura della scuola ai tavoli di programmazione)

**SCHEMA DI SCOLARIZZAZIONE DELL'ALUNNO – A.S. .... - .....**

Classe ..... sez ..... N. alunni .....

Presenza di altri alunni disabili  si  no  
(con esclusione dell'alunno intestatario del progetto)

Se risposta affermativa indicare l'entità della patologia  lieve  medio  grave

Presenza di altre figure di sostegno (insegnanti, AEC )  si  no ore .....  
(con esclusione di quelle impegnate con l'alunno intestatario del progetto)

**DATI RELATIVI ALL'ALUNNO INTESTATARIO DEL PROGETTO**

Nome Cognome .....

Data e luogo di nascita .....

Figure di sostegno anno scolastico precedente

- Insegnante di sostegno ore .....
- Assistenza alla comunicazione ore .....
- Consulenza problematiche autismo frequenza .....
- A.E.C. ore .....

Problematiche significative manifestate o incontrate a scuola (rapporto con il gruppo classe)

.....  
.....  
.....

Frequenza scolastica (assidua scarsa, motivi delle assenze)

.....

Breve sintesi delle principali caratteristiche dell'alunno, con particolare riferimento alle potenzialità di sviluppo ed alle competenze in fase di evoluzione

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

