|  |
| --- |
| **Verbale della riunione del gruppo di valutazione di cui all’art.4 della Deliberazione della Giunta Provinciale n. 905/2018, Finanziamento del personale qualificato, specializzato per l’assistenza di bambini e bambine con disabilità ai sensi dell’art. 4, comma 1 della Legge n. 104/1992 nei servizi alla prima infanzia****(asili nido e microstrutture)** |
| **Data:** **Partecipanti:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rappresentanti dell‘**Agenzia per la Famiglia** della Provincia Autonoma di Bolzano**pedagogista**Yaila MattiuzziTel. 0471/418370yaila.mattiuzzi@provincia.bz.it**persona di riferimento per il finanziamento e la liquidazione**Martina StueferTel. 0471/418374martina.stuefer@provinz.bz.it | [ ]  **Medico specialista***nome cognome* *tel.* *e-mail* ☐ **Esperta team di riabilitazione***nome cognome* *tel.* *e-mail* [ ]  **Psicologo/a dell’età evolutiva***nome cognome* *tel.* *e-mail*  |
| Rappresentante dell’**ente gestore del servizio**[ ]  Comune di      [ ]  Cooperativa sociale       | **Pedagogista di riferimento del servizio alla prima infanzia** (asilo nido/microstruttura)*nome cognome* *tel.* *e-mail*  |
| **I genitori** del bambino/della bambina[ ]  madre [ ]  padre*(barrare solo casella pertinente, non indicare nomi)* | **coordinatrice del servizio alla prima infanzia** (asilo nido/microstruttura)*nome cognome* *tel.* *e-mail*  |

**Assenti:**      **Luogo della seduta:** online**Durata della seduta:** dalle ore       alle ore      **Per il verbale:** la/il pedagogista di riferimento       |
| **Ordine del giorno:****Valutazione del concreto fabbisogno di assistenza individualizzata per il bambino/ la bambina dell’età di \_\_\_\_\_\_ mesi, che verrà accolto/a nella struttura di assistenza alla prima infanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a partire dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Accordi tra le professionalità sanitarie e riabilitative coinvolte, i genitori del minore/della minore e la pedagogista di riferimento, per promuovere insieme lo sviluppo ottimale del potenziale del bambino/della bambina al fine di garantirne la migliore inclusione possibile nel servizio di assistenza per la prima infanzia** |

**Il medico specialista in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dott./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, illustra le seguenti osservazioni:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**L’esperto/a in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del team di riabilitazione dott./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, illustra le seguenti osservazioni:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**La/Il pedagogista di riferimento, dott./ssa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del servizio alla prima infanzia,presso il quale è stata/o accolta/o la/il bambina/o, descrive le caratteristiche del servizio *(numero dei/delle bambini/e frequentanti, età media del gruppo, numero delle assistenti presenti, giornata tipo con attività, pasti, igiene personale, ecc.)* ed eventuali osservazioni del/della bambinio/a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**I genitori** della bambino/del bambino descrivono le abitudini e le caratteristiche salienti del/della bambino/bambina:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Tenuto conto del fatto che tutta **la certificazione medica del caso viene conservata presso la sede legale dell’ente gestore del servizio** e che verrà messa a disposizione al rappresentante dell’Agenzia della Famiglia solo in caso di controlli dopo l’erogazione dei contributi,

**Il gruppo di valutazione giunge alle seguenti conclusioni:**

*(si prega di barrare la casella pertinente)*

[ ]  (I) la/il bambina/o ha una diagnosi ai sensi dell’art.4, comma 1, L. 104/1992

[ ]  (II) la/il bambina/o per il momento non ha ancora una diagnosi certa ai sensi dell’art.4, comma 1, L. 104/1992, lo sviluppo deve essere osservato ulteriormente

[ ]  (III) la/il bambina/o non ha una patologia ai sensi dell’art.4, comma 1, L. 104/1992

**riguardo al concreto fabbisogno di assistenza individualizzata del bambino/della bambina:**

*(solo se pertinente la prima o seconda casella delle tre opzioni sopraindicate):*

Orario di assistenza del bambino/della bambina:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ore di assistenza** |
| **giorno** | **in totale** | **delle quali con l’assistente dedicata/o** |
| lunedì |  |  |
| martedì |  |  |
| mercoledì |  |  |
| giovedì |  |  |
| venerdì |  |  |
| **totale** |  |  |

[ ]  Necessita di assistenza individualizzata durante tutto il periodo di permanenza nella struttura e nella misura di:*ore settimanali*

[ ]  Necessita di assistenza individualizzata per un massimo di ore alla settimana

[ ]  Non necessita di assistenza individualizzata durante la permanenza nella struttura *(se pertinente punto III)*

[ ]  Il gruppo di valutazione si riunisce nuovamente per una rivalutazione nell’anno educativo successivo, siccome la patologia rientra probabilmente in una diagnosi ai sensi della legge n. 104/1992, ma non ancora accertata. *(se pertinente punto II)*

[ ]  La valutazione è valida fino alla conclusione dell’assistenza nella struttura, siccome il bambino/la bambina ha una diagnosi certa ai sensi della legge n. 104/1992. *(se pertinente punto I)*

**Raccomandazioni:**

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**La seduta si conclude alle ore --.--**

**Letto, approvato e sottoscritto:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Medico specialista* |  | *Esperto/a del team di riabilitazione*  |  | *Psicologo/a dell’età evolutiva* |
|  |  |  |  |  |
| *xxxxxxx* |  | *xxxxxxx* |  | *xxxxxx* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *La pedagogista del servizio alla prima infanzia* |  | *La coordinatrice del servizio alla prima infanzia* |  | *La rappresentante dell’Agenzia per la famiglia* |
|  |  |  |  |  |
| *xxxxxxx* |  | *xxxxxxx* |  | *Yaila Mattiuzzi* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *I genitori* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *(solo sigla)* |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Per il verbale*xxxxxxxx* |
|  |

data