

ISTITUTO COMPRENSIVO PINEROLO V – CUMIANA

Via M. Ferrero, 11 - 10040 Cumiana (TO) - Tel. 011/9059080 - C.F.: 94544340014

Codice Mecc.TOIC84600R e-mail: TOIC84600R@istruzione.it – pec: toic84600r@pec.istruzione.it

Sito web: <https://www.icpinerolo5.edu.it/> - Codice univoco ufficio: UFXU3K

Scuola Infanzia “N. Armstrong” Cantalupa (TO) - TOAA84603Q	Scuola Infanzia “Arcobaleno” Cumiana (TO) - TOAA84600L	Scuola Infanzia “W. Disney” Frossasco (TO) - TOAA84602P	Scuola Infanzia “G. Rodari” Roletto (TO) - TOAA84604R
Scuola Primaria “S. Pignatelli” Cantalupa (TO) - TOEE846031	Scuola Primaria Cumiana Cap. Cumiana (TO) - TOEE84601V	Scuola Primaria Cumiana Pieve Cumiana (TO) - TOEE84602X	Scuola Primaria “S. Pellico” Frossasco (TO) -TOEE846042
Scuola Primaria “G. Rodari” Roletto (TO) - TOEE846053	Scuola Secondaria di I Grado “Carutti” Cumiana (TO) - TOMM84601T	Scuola Secondaria di I Grado “Piero Angela” Frossasco (TO) -TOMM84602V	

SCHEMA PROGETTO DI OSSERVAZIONE/INTERVENTO

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Pinerolo V - Cumiana

PROGETTO DI OSSERVAZIONE/INTERVENTO IN CLASSE

Specialista/Terapista

- Nome e Cognome _____
- Qualifica professionale: _____
- Iscrizione all'Albo/Ordine: _____
- Recapiti (tel/email): _____

Alunno/a

- Nome e Cognome: _____
- Classe/Sezione: _____
- Plesso: _____

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Motivazione dettagliata dell'osservazione:

Finalità dell'intervento:

Obiettivi specifici:

Modalità di osservazione/terapia:

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Durata del percorso:

• Data inizio: // _____

• Data fine: // _____

Calendario degli accessi richiesti:

• Giorno della settimana: _____

• Fascia oraria preferenziale: _____

• Numero totale di accessi: _____

• Durata di ogni accesso: _____

Flessibilità organizzativa:

METODOLOGIA E STRUMENTI

Metodologia di lavoro:

Strumenti utilizzati:

MODALITÀ DI CONDIVISIONE

Restituzione ai docenti:

Restituzione alla famiglia:

IMPEGNI DELLO SPECIALISTA/TERAPISTA

Il/La sottoscritto/a si impegna a:

- Rispettare il Regolamento d'Istituto per l'accesso degli specialisti
- Mantenere la riservatezza sulle informazioni acquisite
- Interfacciarsi con i docenti secondo le modalità concordate
- Produrre una relazione finale sull'attività svolta

Luogo e data _____ Firma dello Specialista/Terapista _____

Documentazione allegata: Documento d'identità Curriculum vitae Polizza assicurativa

Iscrizione Albo/Ordine professionale Altro:

SPAZIO RISERVATO ALLA SCUOLA

Prot. n. _____ del // _____

Valutazione del progetto:

Approvato Non approvato Approvato con le seguenti modifiche:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Giuseppe Mirabella

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.L.gs 82/2005 e rispettive norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.