

**ALLEGATO B****DA COMPILARE A CURA DELL' IMPRESA/COOPERATIVA/OPERATORE:**

DI \_\_\_\_\_

**“ELEMENTI DI VALUTAZIONE ASSISTENZA ALUNNI DISABILI – A.S. 2016-2017”**  
**CIG: Z201B2404A – CUP: B67B16000350006**

- Possesso di diploma di laurea (almeno un operatore)	SI	NO
- Possesso di diploma di laurea (tutti gli operatori)	SI	NO
- Iscrizione albo psicologi (almeno un operatore)	SI	NO
- Iscrizione albo psicologi (tutti gli operatori)	SI	NO
- Esperienza maturata dagli operatori negli aa.ss. 2011/2012 – 2012/13 – 2013/14 – 2014/15 – 2015/16 (almeno un operatore)	SI	NO
- Esperienza maturata dagli operatori negli aa.ss. 2011/2012 – 2012/13 – 2013/14 – 2014/15 – 2015/16 (tutti gli operatori)	SI	NO
- Operatori utilizzati negli aa.ss. 2011/2012 - 2012/13 – 2013/14 – 2014/15 – 2015/16 in scuole statati per l’assistenza scolastica specialistica a favori di alunni diversamente abili (almeno un operatore)	SI	NO
- Operatori utilizzati negli aa.ss. 2011/2012 – 2012/13 – 2013/14 – 2014/15 – 2015/16 in scuole statati per l’assistenza scolastica specialistica a favori di alunni diversamente abili (tutti gli operatori)	SI	NO
- Numero istituti scolastici statali in cui è stato gestito il servizio di assistenza specialistica nell’a.s. 2011/2012 – 2012/13 – 2013/14 – 2014/15– 2015/16	Meno di 2 istituti	SI
	Tra 2 e 10 istituti	SI
	Oltre 10 istituti	SI

- Accreditamento presso distretti socio sanitari/Comuni/Enti	SI	NO
- Disponibilità degli operatori in base all'orario scolastico	SI	NO
- Certificazione di qualità	SI	NO

Data \_\_\_\_\_

firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_