



Istituto Comprensivo Nereto - Sant'Omero - Torano Nuovo



SPORTELLO AUTISMO

Che cos'è

- Un **servizio** rivolto alle scuole e alle famiglie dell'ambito territoriale di Teramo promosso e gestito dal **CTS**.

Si avvale della collaborazione della dott.ssa **Donatella D'Andrea**, neuropsichiatra infantile, e della dott.ssa **Luisa Di Pietro**, psicologa, psicoterapeuta, quali figure esperte di consulenza e supervisione.



Quale finalità

- Favorire l'**inclusione scolastica e** sociale degli alunni e degli studenti con Disturbo dello Spettro Autistico, superando le criticità e creando un contesto positivo di apprendimento e di inclusione scolastica e sociale.
- Sostenere il **rispetto della diversità** e la promozione della presa in carico degli alunni e studenti con Disturbo dello Spettro Autistico.



Cosa offre

- **Collaborazione** alle scuole con alunni/studenti con Disturbo dello Spettro Autistico e alle famiglie
- **Supporto didattico** organizzato e pianificato insieme ai docenti
- Incontri di **consulenza**, progettazione, confronto/condivisione
- Valorizzazione e diffusione di **buone prassi**
- **Lavoro di equipe** (neuropsichiatra, psicologo, operatori CTS, docenti, famiglie, servizi)



Come

- Formazione
- Scheda informativa di richiesta consulenza da compilare attraverso il sito del CTS
- Contatto diretto con docenti e famiglie
- Documentazione e implementazione delle buone prassi pianificate e messe in atto



SEGRETERIA

tel. 0861 806959 - 0861 806975

fax. 0861 806958

ctsnereto@gmail.com

sito internet: www.ctsabruzzo.it
www.icneretosantomerotorano.it

INFORMAZIONI:

dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 13:00
lunedì e giovedì, dalle ore 15:00 alle ore 18:00

APERTURA E SERVIZI DI FRONT-OFFICE

lunedì dalle ore 15:30 alle ore 18:00

CONSULENZE SPECIFICHE

previo appuntamento





Istituto Comprensivo Nereto - Sant'Omero - Torano Nuovo



Centro Territoriale di Supporto di Nereto

SCHEDA RICHIESTA CONSULENZA CTS – SPORTELLO AUTISMO

Istituto Scolastico _____

Indirizzo _____

Tel _____

Docente di riferimento _____

Tel _____ e-mail _____

Plesso scolastico _____ classe _____

Motivazione della richiesta:

- descrizione sintetica del caso
- criticità rilevate
- breve storia clinica e scolastica

Firma del Dirigente Scolastico

