Allegato 2

**Componenti del Gruppo di Lavoro Handicap Operativo**

RECAPITI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e cognome | Telefono | e-mail |
| Dirigente Scolastico/Preside  |  |  |  |
| Referente del Gruppo di lavoro Handicap di Istituto  |  |  |  |
| Insegnante coordinatore di classe  |  |  |  |
| Insegnante classe\sezione |  |  |  |
| Insegnante classe\sezione  |  |  |  |
| Insegnante classe\sezione  |  |  |  |
| Insegnante specializzato  |  |  |  |
| Educatore  |  |  |  |
| Referente del Comune  |  |  |  |
| Specialista di riferimento dell’Azienda U.S.L.  |  |  |  |
| Terapista  |  |  |  |
| Assistente Sociale  |  |  |  |
| Altri operatori  |  |  |  |
| Genitore  |  |  |  |
| Genitore  |  |  |  |