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 |  |  |  | |