CANDIDATURA

# PROGETTO ID :

**ANAGRAFICA SCUOLA e PROGETTO PROPOSTO**

Dati dell’istituzione scolastica

Denominazione:

Via:

Comune:

Provincia:

VENEZIA

CAP:

Tel:

Fax:

Codice meccanografico:

Codice Fiscale:

Indirizzo di posta elettronica:

# SEZIONE 1 - DATI DEL PROGETTO

**Titolo del progetto**

**Grado della scuola frequentata dall'alunno**

**Classe frequentata**

**Scuola o Plesso alunno (se diverso dall’Istituto principale)**

**Codice identificativo alunno (codifica anonima assegnata dalla scuola)**

**Anno scolastico di avvio della realizzazione del progetto**

Referente del Progetto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** |  | **Cognome** |  |
| **Cellulare** |  | **Email** |  |
| **Qualifica** |  |  | |

Referente dell’inclusione d’istituto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** |  | **Cognome** |  |
| **Cellulare** |  | **Email** |  |
| **Qualifica** |  |  | |

Dirigente scolastico

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** |  | **Cognome** |  |
| **Cellulare** |  | **Email** |  |
| **Qualifica** |  |  | |

Sintetica descrizione della proposta progettuale

Motivazioni alla richiesta di ausili/sussidi

Con il progetto quali capacità dell'alunno si intendono sviluppare ?

Motorio

Sensoriale Visivo Sensoriale Uditivo

Cognitivo

Comunicativo

Relazionale

Sintesi della Diagnosi funzionale

Indicazione dei codici ICD - International Classification of Diseases

Codici ICD9 Codici ICD10

X

L’alunno utilizza già tecnologie assistive o sussidi didattici dedicati?

No

Si (Descrivere a quale scopo)

L’ausilio o sussidio richiesto può essere utilizzato dall’alunno con disabilità per aumentare i livelli di autonomia personale, sociale e scolastica e partecipare attivamente alle attività di classe in ottica inclusiva?

**No**

**Si – Specificare**

Strumentazione tecnologica utilizzata nella classe

Nessuna

LIM

Computer

Tablet

Altro

-

Problematiche di inclusione nel contesto scolastico (attività e partecipazione - barriere/facilitatori ICF) rilevanti rispetto al presente progetto

Vi sono problematiche relative alla “postazione di lavoro” dell’alunno per l’utilizzo delle soluzioni assistive o dei sussidi ipotizzati dal progetto? (accessibilità, postura, aspetti visivi o uditivi, illuminazione, alimentazione elettrica, ecc.)

**No**

**Si – Specificare**

-

Finalità generali da perseguire grazie al progetto

**Supporto all’autonomia operativa**

**Supporto agli apprendimenti curricolari**

**Supporto alla partecipazione sociale**

**Supporto alla comunicazione interpersonale**

**Supporto alle attività educative/abilitative**

**Altro**

Descrizione della/delle finalità indicate

Risultati attesi (performances, attività, partecipazione) da parte dello studente entro un anno di utilizzo della soluzione richiesta dal progetto

Il progetto riguarda

L’acquisto di un unico ausilio (tecnologia assistiva) o di un sistema composto da più disposititvi, inclusi eventuali servizi accessori inclusi nella fornitura

L’acquisto di un unico sussidio didattico o di un sistema composto da più elementi, inclusi eventuali servizi accessori inclusi nella fornitura

L’adattamento o trasformazione di un dispositivo esistente (ausilio o sussidio)

L’acquisizione di servizi di accompagnamento

Sintesi della documentazione di eventuale consulenza rilasciata da esperti (CTS; specialista clinico, centroausili...)

Per individuare l’ausilio sono state attivate consulenze specialistiche per una valutazione mirata?

NO

SI – Specificare il tipo di consulenza e sintesi degli

**Tipo consulenza**

**Descrizione**

**Sintesi degli esiti**

Dettaglio Ausilio (Unico Dispositivo o Sistema)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Descrizione | Codice ISO 9999 | Caratteristiche  tecnico/funzionali del prodotto indispensabili | QTA | Stima costo  unitario IVA incl. | Stima costo totale IVA incl |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Eventuali servizi accessori erogati nell’ambito della fornitura

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo servizio | #gg/u stimati | Stima costo unitario IVA incl. | Stima costo totale IVA incl |
| Installazione Ausili |  |  |  |

Dettaglio Sussidi (Unico Dispositivo o sistema)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Descrizione | Codice ISO 9999 | Caratteristiche  tecnico/funzionali del prodotto indispensabili | QTA | Stima costo  unitario IVA incl. | Stima costo  unitario IVA incl. |

Eventuali servizi accessori erogati nell’ambito della fornitura

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo servizio | #gg/u stimati | Stima costo unitario IVA incl. | Stima costo totale IVA incl |

Proprietà del dispositivo

Motivazione della richiesta di adattamento

Descrizione dell’adattamento necessario

Come si intende utilizzare il dispositivo adattato nella pratica quotidiana?

Costo stimato IVA inclusa

€

Tipologia di servizio che si intende acquisire (uno o più servizi)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Motivazione | Caratteristiche indispensabili del servizio | Soggetto conosciuto in grado di erogare il servizio | Stima Costo totale IVA incl. |

# PROGETTO

Si ritengono necessarie misure organizzative nella scuola a supporto dell' inserimento delle soluzioni individuate (sussidi o ausili)? (es. luoghi e tempi per la conduzione di attività ,realizzazione di tabelle di comunicazione, unità didattiche digitali personalizzate, ecc.)

NO

SI

Si ritiene necessario un intervento di consulenza o formazione tecnico-metodologica per l’uso dell’ausilio, sistema, adattamento o servizio?

NO

SI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Destinatario | Soggetto conosciuto in grado  di svolgere le funzioni elencate | Durata  intervento # ore/u stimate | Stima costo unitario IVA incl | Stima costo  totale IVA incl. |

Si ritiene necessario un intervento di supporto tecnico-operativo durante il periodo di uso dell’ausilio?

NO SI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Destinatario | Ausilio o Sussidio a cui si riferisce la richiesta | Soggetto  conosciuto in grado di | Durata  intervento # ore/u stimate | Stima costo  unitario IVA incl | Stima costo  totale IVA incl. |
|  |  | svolgere le |  |  |  |
|  |  | funzioni |  |  |  |
|  |  | elencate |  |  |  |

Approvazione del progetto da parte del consiglio di classe/team docenti tenendo conto degli obiettivi del PEI

Si (inserire la data)

No (motivare)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Totale spesa per acquisto Ausilio (dispositivo/sistema)** | € |  |
| **B. Totale spesa per servizi inclusi nella fornitura dell’Ausilio didattico** | € |  |
| **C. Totale spesa per acquisto Sussidio didattico** | € |  |
| **D. Totale spesa per servizi inclusi nella fornitura del Sussidio didattico** | € |  |
| **E. Totale spesa adattamento di dispositivi esistenti** | € |  |
| **F. Totale spesa per servizi non inclusi nella fornitura dell'Ausilio/Sussidio** | € |  |
| **G. Totale spesa per supporto formativo** | € |  |
| **H. Totale spesa per supporto tecnico-operativo** | € |  |
| **I. Quota 70% (A + B + C + D + E)** | € |  |
| **J. Quota 30% (F + G + H)** | € |  |
| **COSTO TOTALE DEL PROGETTO** | € |  |

Indirizzo di consegna

IC NIEVO

VIALE LIBERTA',30

|  |  |
| --- | --- |
|  | Distanza dal CTS superiore a 50 km |
|  | Indisponibilità del personale scolastico al ritiro del sussidio presso il CTS |
|  | Altro da specificare |