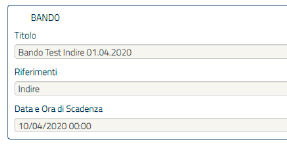
**Allegato 1 – Scheda progetto**

1

SEZIONE 1 – DATI DEL PROGETTO



Titolo del progetto: *Testo 100 char*

Grado della scuola frequentata dall’alunno **\*** *Combo box*

Plesso scolastico alunno **\*** *Denominazione testo 100 char*

Codice scuola identificativo alunno **\*** *Testo 10 ch*

Anno scolastico di avvio della realizzazione del progetto **\*** *Combo box*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Referente del Progetto **\*** | | | | | | | |
| Nome\* | Cognome\* | | Qualifica \* | | mail\* | | cellulare\* |
|  |  | |  | |  | |  |
| Referente dell’Inclusione d’Istituto\* | | | | | | | |
| Nome\* | | Cognome\* | | Mail\* | | cellulare\* | |
|  | |  | |  | |  | |
| Dirigente\* | | | | | | | |
| Nome\* | | Cognome\* | | Mail\* | | cellulare\* | |
|  | |  | |  | |  | |

• Dirigente scolastico

• docente curricolare

• docente specializzato sostegno

• docente non specializzato sostegno

• referente disabilità istituto

Sintetica descrizione della proposta progettuale **\***

|  |
| --- |
| *Testo – max 500 char* |

2

SEZIONE 2 – ELEMENTI RELATIVI ALL’ ALUNNO

Classe frequentata al momento della stesura del progetto **\*** Combo box

• Infanzia

• Prima

• Seconda

• Terza

• Quarta

• Quinta

Motivazioni alla richiesta di ausili/sussidi **\***

|  |
| --- |
| *Testo – max 300 char* |

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

□motorio

□sensoriale visivo

□sensoriale uditivo

□cognitivo

□comunicativo

□relazionale

Sintesi della Diagnosi funzionale **\***:

|  |
| --- |
| *Testo – max 500 char* |

Codice o più codici ICD10/ICD9 **\***

|  |
| --- |
| *Campo libero, si possono inserire più codici* |

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

**o** NO

**o** SI – Descrivere a quale scopo

|  |
| --- |
| *Testo – max 300 char* |

3

SEZIONE 3 – ELEMENTI RELATIVI AL CONTESTO

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

|  |
| --- |
| *Testo – max 500 char* |

L’ausilio o il 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?**\***

**o** NO

**o** SI – Specificare

|  |
| --- |
| *Testo – max 300 char* |

Strumentazione tecnologica utilizzata dalla classe **\***

□Nessuna

□LIM

□Computer

□Tablet

□Altro

|  |
| --- |
| *Testo – max 100 char* |

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.) **\***

**o** NO

**o** SI – Specificare

|  |
| --- |
| *Testo – max 300 char* |

4

SEZIONE 4 – FINALITA’ DEL PROGETTO

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

|  |
| --- |
| *Testo – max 300 char* |

Descrizione della/delle finalità indicate **\***

|  |
| --- |
| *Testo – max 300 char* |

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

|  |
| --- |
| *Testo – max 500 char* |

5

SEZIONE 5 – RICHIESTA

Il progetto riguarda **\***

□l’acquisto di un unico ausilio (tecnologia assistiva) o di un sistema composto da più dispositivi, inclusi eventuali servizi accessori alla fornitura

□l’acquisto di un unico sussidio didattico o di un sistema composto da più elementi, inclusi eventuali servizi accessori erogati alla fornitura

□l’adattamento o la trasformazione di un dispositivo esistente (ausilio o sussidio)

□l’acquisizione di servizi

Sintesi della documentazione della eventuale consulenza rilasciata da esperti (CTS; specialista clinico; centro ausili…) *(opzionale)*

|  |
| --- |
| *Testo – max 500 char* |

**5.1 ACQUISTO DI AUSILI**

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

**o** NO

**o** SI – Specificare il tipo di consulenza e sintesi degli esiti

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo di consulenza | Descrizione | Sintesi degli esiti |
| *Combo box* | *Testo – max 300 char* | *Testo – max 600 char* |

• consulenza specialistica di area clinica

• consulenza di un Centro GLIC

• consulenza del CTS

• associazioni per la disabilità

• altro

Dettaglio ausili (unico dispositivo o sistema) **\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Descrizio  ne | Cod. ISO  9999  1° livello (*Combo box*) | Cod. ISO  2° livello  (*Combo*  *box*) | Cod. ISO  3° e 4°  livello | Caratteristiche tecnico/funzionali del prodotto indispensabili *Testo - max 200 char* | Scheda tecnica (opzionale) | QTY | Stima costo unitario IVA incl. | Stima costo totale IVA incl. |
| 1. |  |  |  |  |  | Upload file |  |  | calcolato |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A | TOTALE |  |  |  |  |  |  |  |  |

Eventuali servizi accessori erogati nell’ambito della fornitura *(opzionale)*

6

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Tipo servizio | # gg/u stimati | Stima costo unitario IVA incl. *(numero 2 dec.)* | Stima costo totale  IVA incl. |
| 1. | Installazione |  |  | calcolato |
| 2. | Formazione iniziale in presenza |  |  |  |
| 3. | Altro (testo max 200 char) |  |  |  |
| B | TOTALE |  |  |  |

**5.2 ACQUISTO DI SUSSIDI DIDATTICI**

Dettaglio sussidi (unico elemento o sistema) **\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Descrizio  ne | Cod.  ISO  9999  (*Comb*  *o box*) | sottoC  od. ISO  9999  (*Comb*  *o box*) |  | Caratteristiche  tecnico/funzionali del prodotto indispensabili *Testo -max 300 char* | Scheda  tecnica  (opzionale) | QTY | Stima  costo  unitario  IVA incl.  *(numero 2 dec.)* | Stima costo totale IVA  incl. |
| 1. |  |  |  |  |  | Upload file |  |  | calcolato |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E | TOTALE |  |  |  |  |  |  |  |  |

Eventuali servizi accessori erogati nell’ambito della fornitura *(opzionale)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Tipo servizio | # gg/u stimati | Stima costo unitario IVA incl. *(numero 2 dec.)* | Stima costo totale IVA incl. *(numero 2 dec.)* |
| 1. | Installazione |  |  | calcolato |
| 2. | Formazione iniziale in presenza |  |  |  |
| 3. | Altro (*Testo -max 200 char)* |  |  |  |
| F | TOTALE |  |  |  |

**5.3 ADATTAMENTO DI DISPOSITIVI ESISTENTI**

Dispositivo da adattare

|  |
| --- |
| *Testo – max 200 char* |

Proprietà del dispositivo

|  |
| --- |
| *Testo – max 100 char* |

Motivazione della richiesta di adattamento

|  |
| --- |
| *Testo -max 200 char* |

Descrizione dell’adattamento necessario:

|  |
| --- |
| *Testo -max 300 char* |

7

Come si intende utilizzare il dispositivo adattato nella pratica quotidiana?

|  |
| --- |
| *Testo -max 300 char* |

C) Costo stimato IVA inclusa

|  |
| --- |
| *Numero – 2 decimali* |

**5.4 – ACQUISIZIONE DI SERVIZI**

Motivazione per l’acquisizione del servizio **\***

|  |
| --- |
| *Testo -max 200 char* |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Descrizione | Caratteristiche  indispensabili del servizio *Testo -max 200 char* | Soggetto conosciuto in grado di erogare il  servizio  *Testo -max 200 char* | Stima Costo totale IVA incl.  *(numero 2 dec.)* |
| 1. |  |  |  | calcolato |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| D | TOTALE |  |  |  |

• manutenzione

• sanificazione

• ripristino configurazione di fabbrica

• altro: specificare (max 300 caratteri)

8

SEZIONE 6 – INTERVENTI A SUPPORTO DELL’ ATTUAZIONE DEL PROGETTO

**6.1 MISURE ORGANIZZATIVE**

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…)* **\***

**o** NO

**o** SI – Specificare il tipo di intervento

|  |
| --- |
| *Testo -max 500 char* |

**6.2 SUPPORTO FORMATIVO**

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

**o** NO

**o** SI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Destinatario  *(Combo box)* | Soggetto conosciuto in grado di svolgere le funzioni elencate  *Testo -max 100 char* | Durata intervento # ore/u stimate  *(numero intero)* | Stima costo  unitario IVA incl. *(numero 2 dec.)* | Stima costo  totale IVA incl. *(numero 2 dec.)* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| G | TOTALE |  |  |  |  |

• Personale docente

• Personale ATA

• Docenti di potenziamento

• Referente disabilità

• Alunno

• Altro (testo max 200 char)

**6.3 SUPPORTO TECNICO-OPERATIVO**

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

**o** NO

**o** SI

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Descrizione | Ausilio o  sussidio a cui si riferisce la  richiesta di  intervento | Soggetto conosciuto in grado di svolgere le funzioni elencate *Testo -max 100 char* | Durata  intervento  # ore stimate  *(numero*  *intero)* | Stima costo  unitario IVA  incl.  *(numero 2*  *dec.)* | Stima costo  totale IVA incl.  *(numero 2 dec.)* |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| H |  | TOTALE |  |  |  |  |

• supporto per lo sviluppo di applicazioni personalizzate (es. tabelle di comunicazione, integrazione con le attività didattiche, ecc.)

• follow-up tecnico-metodologici per un uso ottimale dell’ausilio (es. verifica e messa a punto del sistema in itinere, aggiustamenti ergonomici, ridefinizione della metodologia d’uso, implementazioni progressive secondo uno schema concordato, ecc.)

• integrazione con altri sistemi tecnologici (personali o della scuola)

• manutenzione tecnica programmata

• altro

SEZIONE 7 – ASPETTI AMMINISTRATIVI E LOGISTICI

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

**o** NO – Specificare la motivazione

|  |
| --- |
| *Testo -max 100 char*  *es.: il PEI non è stato approvato perché il genitore ha rinunciato all’insegnante di sostegno ed è presente/nonpresente un PDP* |

**o** SI *Data GG/MM/AAAA (calendario)*

**RIEPILOGO COSTI TOTALI DEL PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| A) Totale spesa per acquisto Ausilio (dispositivo/sistema) | € calcolato |
| B) Totale spesa per servizi inclusi nella fornitura dell’Ausilio didattico | € |
| C) Totale spesa per acquisto Sussidio didattico | € |
| D) Totale spesa adattamento Ausili esistenti | € |
| E) Totale spesa per servizi non inclusi nella fornitura dell’Ausilio didattico | € |
| F) Totale spesa per servizi non inclusi nella fornitura del Sussidio didattico | € |
| G) Totale spesa per supporto formativo | € |
| H) Totale spesa per supporto tecnico-operativo | € |
| **COSTO TOTALE DEL PROGETTO** | € |

**MODALITÀ DI CONSEGNA DEL BENE**

Indirizzo di consegna **\*** *Testo 100 char*

□Distanza dal CTS superiore a 50 KM

□Indisponibilità del personale scolastico al ritiro presso il CTS

□Altro *Testo 100 char*

11