COESIONE ITALIA 21-27 LAZIO | Cofinanziato dall'Unione europea | REGIONE LAZIO

ALLEGATO 7 - II EDIZIONE

Piano di programmazione degli interventi a.s. 2023-2024

(qualora in Rete , il capofila invierà l'allegato 7 anche degli altri Istituti)

Ente / Istituzione (capofila in caso di rete)

NB: Compilare per OGNI ALUNNO un SOLO RIGO e NON modificare le impostazioni e la struttura del file excel ed ASSOLUTAMENTE NONUNIRE LE CELLE e usare nelle apposite celle il menù a tendina

	Anagrafica Istituzioni Scolastica/ Formativa Alunno		ANAGRAFICA ALUNNO						Inserimento in classe			Dati scolastici/disabilità L.104/DSA/BES alunno																				
N. Progressivo	CODICE MECCANOGRAFICO *(In caso di rete inserire quello del capofila)*	Denominazione Istituzione Scolastica/ Formativa	M/F	Cognome	Nome	Data di nascita *(Formato data gg/mm/aaaa)*	Nazionalità	Codice Fiscale	Classe	Sezione	N. alunni con disabilità per classe	P.E.I. differenziato	Pluridisabilità	DSA	BES	ALLIEVI L.104/92	L.104 ART. 3 Co 3	L.104/92 ART. 3 Co1	Ore Prog. Scolastica. Sett. Alunno	Alternanza scuola lavoro	Sostegno	Altra tipologia di assistenza usufruita *(specificare ES: CAA - Sensoriale Uditiva, Visiva ecc ecc)*	N. ore settimanali Sostegno di cui fruisce l'alunno	N. ore settimanali ULTERIORI ASSISTENZE di cui fruisce l'alunno	N. ORE COMPLESSIVE settimanali assistenza ALLIEVO specialistica	Assistente Specialistico (Nome e Cognome)	Titolo di studio dell' Assistente Specialistico	N. ORE settimanali Assistente specialistico	Assistente Specialistico (Nome e Cognome)	Titolo di studio dell' Assistente Specialistico	N. ORE settimanali Assistente specialistico	ALTRO-NOTE
		Colonna da compilare solo in caso di rete inserendo prima il nome dell'istituto capofila ed a seguire il nome dell'istituto dell'alunno es. Istituto xxxxx in rete con Istituto YYYY ed inserendo per prima l'istituto capofila e a seguire ad una ad una le altre Istituzioni scolastiche																										*Aggiungere ulteriori colonne se assistnti >2*	*Aggiungere ulteriori colonne se assistnti >2*	*Aggiungere ulteriori colonne se assistnti >2*	
																									0							
																									0							
																									0							
																									0							
																									0							
																									0							
																									0							
																									0							
																									0							
																									0							
																									0							
																									0							
TOTALE ORE PER ALLIEVI																									0							
ORE PER ATTIVITA COMUNI TRASVERSALI																									0							
TOTALE ORE PROGETTO (come approvate e ammesse a finanziamento)																									0							

Il/la sottoscritto/a DICHIARA CHE il TOTALE del MONTE ORE COMPLESSIVO (sia per attivita' allievo che per ATTIVITA' TRAVERSALI è corrispondente a quanto assegnato dalla Regione Lazio in sede di approvazione del progetto.