



**REGIONE  
LAZIO**

**REGIONE LAZIO  
Assessorato Lavoro e nuovi diritti, Scuola e Formazione, Politiche per la ricostruzione, Personale  
Direzione Regionale Istruzione, Formazione e Lavoro**

Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con  
disabilità **sensoriale visiva e uditiva** anno scolastico 2021-2022

**Allegato 3 – Progetto di inclusione assistenza sensoriale VISIVA E Uditiva**

**Dati dell'Istituzione Richiedente**  
**(\*tutti i campi sono obbligatori)**

DENOMINAZIONE ISTITUTO/ENTE					
CODICE MECCANOGRAFICO					
Settore/Indirizzo di studi					
Comune					
Municipio (Roma)		ASL RM		Distretto Sanitario	
Via/Piazza				N.°	
Telefono					
Posta Elettronica Certificata					
Dirigente scolastico/Dirigente					
DSGA					
Docente referente del progetto					
Indirizzo Mail del referente					
Recapito telefonico del referente					

**Eventuali sezioni o sedi associate / distaccate (per ogni sede specificare le singole voci)**

Indirizzo di studi					
Comune					
Municipio (Roma)		ASL RM		Distretto Sanitario	
Via				N.°	
Telefono					

**Sezione da compilare in caso l'Ente richiedente sia Comune/Municipio**

Istituto Scolastico alunno	Nome docente referente	Telefono del referente	Mail del referente

**PROGETTO PER IL SERVIZIO ASSISTENZA ALLA REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA IN FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' SENSORIALE VISIVA E Uditiva.**

A.S. 2021-2022

Descrizione sintetica del modello di inclusione della disabilità dell'Istituto, con riferimento a modalità di analisi dei bisogni degli destinatari, metodologie organizzative e prassi di integrazione scolastica.

Descrivere sinteticamente come l'Istituto intende fornire, attraverso l'assistenza scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale un supporto alla costruzione e realizzazione del complessivo progetto di vita degli studenti con disabilità in un'ottica di integrazione socio-sanitaria.

Indicare modalità di coordinamento e supervisione delle attività del progetto:

Indicare come si intende utilizzare la risorsa dell'assistenza in favore degli alunni con disabilità sensoriale per migliorare il rapporto con le famiglie e promuovere la loro soddisfazione:

DESTINATARI:

- a) NUMERO TOTALE DESTINATARI Uditivi
- b) NUMERO TOTALE DESTINATARI VISIVI
- c) **NUMERO TOTALE DESTINATARI SENSORIALI** (a+b)

Elenco destinatari (Nome e Cognome)	Tipo di disabilità (se uditivi o visivi )	Classe e sezione frequentata a.s. 2021-2022	Tipologia di istanza (indicare se allievo con istanza "semplificata" o "Ordinaria")	N°. ore settimanali di intervento di assistenza sensoriale proposte (solo allievi istanza ordinaria)

Si dichiara che contestualmente e come parte integrante del presente modulo di progetto l'Istituto invia tramite PEC l'Elenco destinatari **DETTAGLIATO IN FORMATO EXCELL (ALLEGATO 4)**.

Dichiara inoltre di aver provveduto a mettere a conoscenza delle linee di indirizzo e del progetto presentato la famiglia degli alunni e di avere acquisito agli atti idonea liberatoria in merito al trattamento dei dati e privacy.

*Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) Privacy 679/2016 cui si fa opportuno rimando.*

Data

Firma digitale del Dirigente Scolastico/Rappresentante Legale