



REGIONE LAZIO
Assessorato Formazione, Diritto allo Studio, Università e Ricerca, Attuazione del Programma
Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione
Scuola e Università, Diritto allo Studio

Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli
alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2019-2020

Allegato 3 – Progetto di inclusione assistenza sensoriale

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 ente richiedente Comune/Municipio

| Istituto | 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 (specificare se assistenza alla comunicazione o assistenza tiflodidatta o entrambe)

A.S. 2019-2020

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 CON MODALITA' COMUNICATIVE AUMENTATIVA
- d) NUMERO TOTALE DESTINATARI SENSORIALI (a+b+c)

| Elenco destinatari (Nome e Cognome) | Classe e sezione a.s. 2019-2020 | N°ore settimanali di intervento di assistenza sensoriale proposte |
|--|------------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

Si dichiara che contestualmente e come parte integrante del presente modulo di progetto l'Istituto invia tramite PEC l'Elenco destinatari (Allegato 4), con le relative certificazioni sanitarie. 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.

Data

Firma digitale del Dirigente Scolastico/Rappresentante Legale

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