

Allegato A

 Scheda progetto

|  |
| --- |
| **DATI SCUOLA** |
| **DENOMINANZIONE**  |  |
| **INDIRIZZO** |  |
| **CODICE MECCANOGRAFICO** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |
| **EMAIL** |  |

**SEZIONE 1 – DATI DEL PROGETTO**

Titolo del progetto:

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

Plesso scolastico alunno **\***

*I*

Codice scuola identificativo alunno **\***

|  |
| --- |
| Dirigente Scolastico |
| Nome\* | Cognome\* | mail\* | cellulare\* |
|  |  |  |  |
| Referente inclusione  |
| Nome\* | Cognome\* | Qualifica \* | mail\* |
|  |  |  |  |
| Referente progetto  |
| Nome\* | Cognome\* | Qualifica \* | mail\* |
|  |  |  |  |

* docentecurricolare
* docente specializzatosostegno
* docente non specializzatosostegno
* referente disabilitàistituto

Sintetica descrizione della proposta progettuale **\***

#  SEZIONE 2 – ELEMENTI RELATIVI ALL’ALUNNO

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

* Infanzia
* Prima
* Seconda
* Terza
* Quarta
* Quinta

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**\***:

Codice o più codici ICD10/ICD9 **\***

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

* NO
* SI – Descrivere a qualescopo

#  SEZIONE 3 – ELEMENTI RELATIVI ALCONTESTO

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

L’ausiliooilsussidiorichiestopuòessereutilizzatodall’alunnocondisabilitàperaumentareilivellidi autonomia personale, sociale e scolastica e partecipare attivamente alle attività di classe in ottica inclusiva?**\***

* NO
* SI – Specificare

Strumentazione tecnologica utilizzata dalla classe **\***

Nessuna

LIM

Computer

Tablet

Altro

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

#  SEZIONE 4 – FINALITA’ DELPROGETTO

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 **\***

#  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)*

## ACQUISTO DIAUSILI

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

* + - NO
		- SI – Specificare il tipo di consulenza e sintesi degliesiti

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo di consulenza | Descrizione | Sintesi degli esiti |
|  | *Testo – max 300 caratteri* | *Testo – max 600 caratteri* |

* + - * consulenza specialistica di areaclinica
			* consulenza di un CentroGLIC
			* consulenza delCTS
			* associazioni per ladisabilità
			* altro

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Descrizione | Cod. ISO 99991° livello  | Cod. ISO2° livello  | Cod. ISO  | Caratteristiche tecnico/funzionali del prodotto indispensabili  | Scheda tecnica (opzionale) | QTY | Stima costo unitario IVA incl. | Stima costo totale IVA incl. |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A | TOTALE |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

## ACQUISTO DI SUSSIDI DIDATTICI

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Descrizione | Cod. ISO 99991° livello  | Cod. ISO2° livello  | Cod. ISO  | 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. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 2. | Formazione iniziale in presenza |  |  |  |
| 3. | Altro |  |  |  |
| F | TOTALE |  |  |  |

## ADATTAMENTO DI DISPOSTIVIESISTENTI

Dispositivo da adattare

Proprietà del dispositivo

Motivazione della richiesta di adattamento

Descrizione dell’adattamento necessario:

Come si intende utilizzare il dispositivo adattato nella pratica quotidiana?

C) Costo stimato IVA inclusa

*Numero – 2 decimali*

## – ACQUISIZIONE DISERVIZI

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

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

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

* manutenzione
* sanificazione
* ripristino configurazione difabbrica
* altro: specificare (max 300caratteri)

# SEZIONE 6 – INTERVENTI A SUPPORTO DELL’ ATTUAZIONE DEL PROGETTO

## MISUREORGANIZZATIVE

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 – Specificare il tipo diintervento

## SUPPORTOFORMATIVO

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 *(numero intero)* | Stima costo unitario IVA incl. *(numero 2 dec.)* | Stima costo totale IVA incl. *(numero 2 dec.)* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| G | TOTALE |  |  |  |  |

* + - * Personaledocente
			* PersonaleATA
			* Docenti dipotenziamento
			* Referentedisabilità
			* Alunno
			* Altro (testo max 200char)

## SUPPORTO TECNICO-OPERATIVO

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

* + - NO
		- SI

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

* + - * supportoperlosviluppodiapplicazionipersonalizzate(es.tabelledicomunicazione,integrazioneconleattività didattiche,ecc.)
			* follow-up tecnico-metodologici per un uso ottimale dell’ausilio (es. verifica e messa a punto del sistema in itinere,aggiustamentiergonomici,ridefinizionedellametodologiad’uso,implementazioniprogressivesecondo uno schema concordato,ecc.)
			* integrazione con altri sistemi tecnologici (personali o dellascuola)
			* manutenzione tecnicaprogrammata
			* altro

#  SEZIONE 7 – ASPETTI AMMINISTRATIVI ELOGISTICI

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

* + - NO – Specificare la motivazione
		- SI

*Data sottoscrizione Pei:*

### RIEPILOGO COSTI TOTALI DEL PROGETTO

|  |  |
| --- | --- |
| 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 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 **\***

Distanza dal CTS superiore a 50 KM

Indisponibilità del personale scolastico al ritiro presso il CTS

Altro