

**REGIONE LAZIO**

**REGIONE LAZIO**

***Assessore Lavoro, Scuola, Formazione, Ricerca, Merito e Urbanistica***

***Direzione Regionale Istruzione, Formazione e Politiche per l’Occupazione***

|  |
| --- |
| **Linee di indirizzo per la realizzazione dell’integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale visiva e uditiva per l’anno scolastico 2025-2026** |

**Allegato 3 – Progetto di inclusione assistenza sensoriale VISIVA - UDITIVA**

**anno scolastico 2025-26**

**Dati dell’Istituzione Richiedente**

**(\*tutti i campi sono obbligatori)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DENOMINAZIONE ISTITUTO/ENTE | | | | |  | | | |
| CODICE MECCANOGRAFICO | | | | |  | | | |
| Settore/Indirizzo di studio | | | | |  | | | |
| Codice Fiscale | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |
| Comune |  | | | | | | | |
| Via/Piazza | | |  | | | | N.° |  |
| Telefono | |  | | | | | | |
| Posta Elettronica Certificata | | | |  | | | | |
| Dirigente scolastico/Rappresentante Legale | | | | | |  | | |
| DSGA | | | | | |  | | |
| Docente referente del progetto | | | | | |  | | |
| Indirizzo Mail del referente progetto | | | | | |  | | |
| Recapito telefonico del referente | | | | | |  | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indirizzo di studi | | | | |  | | | | |
| Comune | |  | | | | | | | |
| 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 DI ASSISTENZA ALLA REALIZZAZIONE DELL’INTEGRAZIONE SCOLASTICA IN FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA’ SENSORIALE VISIVA\_ UDITIVA.**

A.S. 2025-2026

Descrizione sintetica del modello di inclusione della disabilità dell’Istituto, con riferimento a modalità di analisi dei bisogni dei 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.

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:

|  |
| --- |
| **CASISTICA ORDINARIA**  Il Dirigente Scolastico/ Rappresentante Legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **DICHIARA DI TRASMETTERE**  contestualmente ad all’All.3 (come parte integrante della Domanda \_All. 2) anche l’**Allegato 4 - Anagrafica degli alliev**i **ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO EXCEL** con l’elenco dettagliato **dei soli allievi** (Visivi e Uditivi) in **Casistica Ordinaria**. |

DESTINATARI:

1. NUMERO TOTALE DESTINATARI UDITIVI
2. NUMERO TOTALE DESTINATARI VISIVI
3. **NUMERO TOTALE DESTINATARI (**A+B)

Dichiara inoltre, di aver provveduto a mettere a conoscenza delle linee di indirizzo, dell’Informativa Privacy 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 Legale Rappresentante |