

**Realizzazione interventi finalizzati all’integrazione e inclusione scolastica e formativa degli allievi con disabilità o in situazioni di svantaggio**

**Avviso pubblico Piano di interventi finalizzati all’integrazione e inclusione scolastica e formativa degli allievi con disabilità o in situazioni di svantaggio – Assistenza Specialistica anno scolastico 2025-26 II EDIZIONE**

|  |
| --- |
| **REGIONE LAZIO**  **Assessorato Lavoro, Università, Scuola, Formazione, Ricerca, Merito e Urbanistica**  **Direzione Regionale Istruzione, Formazione e Politiche per l’Occupazione**  **Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021- 2027**  **Obiettivo di Policy 4 “Un’Europa più sociale”**  **Regolamento (UE) n. 2021/1060**  **Regolamento (UE) n. 2021/1057**  **Priorità: 3. “Inclusione Sociale”**  **Obiettivo specifico** **k) Azione Interventi per l’integrazione scolastica e formativa delle persone con disabilità - AP 11** |

#### ALLEGATO 3 – FORMULARIO \_II EDIZIONE

***Mod. 01: PROPOSTA PROGETTUALE***

***Mod. 02: SCHEDA FINANZIARIA***

**Modulo 01: PROPOSTA PROGETTUALE**

**DESCRIZIONE DEL SOGGETTO PROPONENTE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Presentazione proposta progettuale in **Forma singola** | |  |
| Presentazione proposta progettuale in **Rete (massimo 06 istituzioni)** | |  |
| Codice meccanografico |  | |
| Denominazione soggetto proponente (*In caso di Istituti paritari indicare i dati dell’ente gestore e compilare anche il campo nome dell’istituto formativo).* | | |
| Denominazione dell’Istituto formativo (*campo da compilare solo in caso di Istituti paritari)* | | |
| Natura giuridica: | | |
| PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*In caso di Istituti paritari indicare la PEC dell’ente gestore)* | | |
| Codice Fiscale/P. IVA: | | |
| Sede Legale: via ………………………………………, n…………………………………………  Città ………………………Prov……………. CAP…………………………………………………… | | |
| Sede/i distaccate: via …………………………………………, n………………………………….  Città ………………………………Prov……………. CAP…………………………………………… | | |
| Legale Rappresentante o suo delegato: Cognome……………………… Nome………………… | | |
| DSGA o Responsabile amministrativo: Cognome………………………. Nome…………………………  Tel. …………………. cell……………………. e-mail………………………… | | |
| Referente del progetto: Cognome………………………Nome…………………………  Tel. …………………. Cell……………………. e-mail………………………… | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Rete didattica tra scuole** *(compilare solo in caso di progetto presentato in rete)* | | | | | **Istituto** | **Nome docente referente** | **Telefono del referente** | **Mail del referente** | | **1)** |  |  |  | | **2)** |  |  |  | | **3)** |  |  |  | | **4)** |  |  |  | | **5)** |  |  |  | | **6)** |  |  |  | | | |

**Descrizione del progetto:**

|  |
| --- |
| **Titolo:** |
| **Coerenza interna:** *chiarezza espositiva congruenza del progetto rispetto all’azione oggetto dell’Avviso e nessi logici tra i contenuti della proposta, obiettivi e richiesta finanziaria****.*** |
| ***Descrizione sintetica del progetto/qualità progettuale/ coerenza interna:***  ***Indicare:***   1. ***Obiettivi raggiunti in eventuale precedente proposta progettuale a.s. 2024/25***   (………………………………………………………………………………..)   1. ***Obiettivi da raggiungere a.s. 2025/26***   (………………………………………………………………………………..)   1. ***Numero orientativo di operatori che si intende coinvolgere*** 2. ***Fasi di attuazione proposta progettuale***   (………………………………………………………………………………..)   1. ***Esplicitazione Tipologia di interventi*** *che si intende attuare****.***   (………………………………………………………………………………..)  ***NB. Le Metodologie di integrazione dovranno essere inserite nell’apposito campo a seguire.***   1. ***Risultati attesi e modalità di valutazione degli interventi dell’inclusione raggiunta***   (………………………………………………………………………………..) |
| **Coerenza esterna**: *(Coerenza della proposta progettuale rispetto alle finalità del Programma Operativo* **FSE+ 2021 - 2027** *e ai principi guida quali: migliorare l’occupabilità, la crescita personale e l’integrazione sociale dei soggetti appartenenti alle popolazioni deboli ai fini della loro integrazione socio- lavorativa).*  *(*…………………………………….) |
| **Innovatività/ Metodologia di integrazione**:*(Metodologia, approcci e organizzazione del progetto per l’efficacia nella realizzazione delle attività eventuale utilizzo di metodi CAA per gli studenti con difficoltà nella produzione del linguaggio non legata disabilità sensoriale*  *(*……………………………………) |
| **Soggetti coinvolti: 0-10 punti - *(Partenariato esterno rilevante****, altri attori del territorio e/o del settore di riferimento integrazione tra sistemi nonché coinvolgimento delle famiglie fin dalla fase di elaborazione del progetto stesso ai fini dell’inclusione.*  *(*…………………………………….) |
| **Priorità:** (*Priorità dell’intervento a favore degli allievi con certificazione di cui alla Legge n. 104/1992 art. 3 commi 1-3)*  *Analisi dei bisogni (in particolare dare evidenza del numero dei destinatari del progetto con disabilità e di quelli in situazione di svantaggio) tenendo conto della Priorità dell’intervento a favore degli allievi con certificazione di cui alla Legge n. 104/1992 art. 3 commi 1-3:*  *N.B la tabella che segue e l’Allegato 5 dovranno essere coerenti tra loro*  *Tabella:*   |  |  | | --- | --- | | ***Specifiche*** | ***N- Allievi*** | | *Allievi Con Certificazione L.104/92 e CIS con apposita assegnazione assistenza specialistica* |  | | *Allievi in situazione di svantaggio con apposita richiesta di assistenza specialistica* |  | | *N. allievi CAA* |  | | ***Totali*** |  |   *Note eventuali:*  (…………….. *………………………………………………………………………)* |

**Modulo 02: SCHEDA FINANZIARIA – PREVENTIVO DEL COSTO TOTALE DEL PROGETTO**

**anno scolastico 2025\_26\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA DEI COSTI** | | **UCS** | **Totale monte ore annue richieste** | **Totale finanziamento richiesto**  **(Ore x UCS)** |
| **D.2** | Costo assistenti specialistici | 22,20 | ………… | ………… |
| **TOTALE PREVENTIVO (D)** | | **22,20** | **…………..** | **…………….** |
| Incidenza % del contributo richiesto rispetto al preventivo sul totale preventivo: **(100%)** | | | | |

Data Il Legale Rappresentante

(Firma Digitale)