

(qualora in Rete , il capofila invierà l'allegato 7 anche degli altri Istituti)

--

Anagrafica Istituzioni Scolastica/ Formativa Alunno			ANAGRAFICA ALUNNO						Inserimento in classe						Dati scolastici/disabilità L.104/DSA/BES alunno																
N. Progressivo	CODICE MECCANO GRAFICO <i>(in caso di rete inserire quello del capofila)</i>	Denominazione Istituzione Scolastica/ Formativa	M/F	Cognome	Nome	Data di nascita <i>(Formato data gg/mm/aaaa)</i>	Nazionalità	Codice Fiscale	Classe	Sezione	Ore Freq. Scolastica. Sett. Alunno	Alternanza scuola lavoro	N. alunni con disabilità per classe	P.E.I. differenziato	Pluridisabilità	L.104/92 ART. 3 Co 3	L.104/92 ART. 3 Co1	CAA	DSA con apposita richiesta specialistica (con grave svantaggio)	BES con apposita richiesta specialistica 8con grave svantaggio)	N. ore settimanali Sostegno di cui fruisce l'alunno	Altra tipologia di assistenza usufruita <i>(specificare ES: Sensoriale Uditiva, Visiva ecc ecc)</i>	Totale ore assistenza specialistica allievo	Assistente Specialistico (Nome e Cognome)	Titolo di studio dell' Assistente Specialistico	N. ORE settimanali Assistente specialistico	Assistente Specialistico (Nome e Cognome)	Titolo di studio dell' Assistente Specialistico	N. ORE settimanali Assistente specialistico	ALTRO-NOTE	
		Compilare la colonna solo in caso di rete (es. Istituto xxxxx capofila in rete con /Istituto YYYY)																													
																							0								
																							0								
																							0								
																							0								
																							0								
																							0								
																							0								
																							0								
																							0								
																							0								
																							0								
TOTALE ORE ASSEGNAZIONI SINGOLI ALLIEVI ALLIEVI																							0								
TOTALE ORE DESTINATE AD ATTIVITA COMUNI TRASVERSALI																							0								
TOTALE ORE PROGETTO (come approvate e ammesse a finanziamento)																							0								

Il/la sottoscritto/a DICHIARA CHE il TOTALE del MONTE ORE COMPLESSIVO (sia per attività allievo che per ATTIVITA' TRAVERSALI) è corrispondente a quanto assegnato dalla Regione Lazio in sede di approvazione del progetto.