

**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 2018-2019 |

**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. 2018-2019

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:

1. NUMERO TOTALE DESTINATARI UDITIVI
2. NUMERO TOTALE DESTINATARI VISIVI
3. NUMERO TOTALE DESTINATARI CON MODALITA' COMUNICATIVE SPECIFICHE
4. NUMERO TOTALE DESTINATARI SENSORIALI (a+b+c)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elenco destinatari (Nome e Cognome) | Classe e sezionea.s. 2018-2019 | 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 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 del Dirigente Scolastico/Rappresentante Legale