

**REGIONE LAZIO**

**Assessorato Lavoro, Università, Scuola, Formazione, Ricerca, Merito**

**DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE E POLITICHE PER L’OCCUPAZIONE**

|  |
| --- |
| Linee di indirizzo per la realizzazione dell’integrazione scolastica, anche attraverso la Comunicazione Aumentativa Alternativa (C.A.A.), in favore degli alunni con disabilità sensoriale visiva, uditiva e nella comprensione e produzione del linguaggio per l’anno scolastico 2023-2024 |

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

**anno scolastico 2023/24**

**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\_CAA.**

A.S. 2023-2024

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 e C.A.A 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/CAA 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 CAA
4. **NUMERO TOTALE DESTINATARI (**A+B +C)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Elenco destinatari  (*Nome e Cognome*) | Indicare il tipo di disabilità richiesta (U*ditiva/Tiflodidatta/CAA*) | Classe e sezione  *a.s. 2023-2024* | N°. ore settimanali di intervento di assistenza sensoriale uditiva/visiva/CAA proposte |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Il Dirigente Scolastico/ Rappresentante Legale dichiara che contestualmente al presente progetto All.3 e come parte integrante della Domanda All. 2 di trasmettere l’allegato 4 Anagrafica degli allievi **esclusivamente in formato Excel** con l’elenco dettagliato **dei soli allievi** (Visivi, Uditivi e CAA) **Casistica Ordinaria**.

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 |