

Scheda progetto ausili a.s. 2024-2025

SEZIONE 1 ANAGRAFICA SCUOLA E PROGETTO PROPOSTO

Denominazione della Scuola:

Via, n.ro civico, Comune, Provincia, CAP:

Telefono, FAX:

Codice meccanografico

Codice fiscale:

Indirizzo posta elettronica:

DATI DEL PROGETTO

Titolo del progetto:

Grado di scuola frequentata:

Classe frequentata

Scuola o Plesso studente:

**Codice identificativo studente
(anonima assegnata dalla scuola):**

**Sintetica descrizione della proposta
progettuale:**

Referente del progetto

Nome e cognome:

Cellulare:

E-mail:

Qualifica:

Referente dell'inclusione d'istituto

Nome e cognome:

Cellulare:

E-mail:

Qualifica:

Dirigente Scolastico

Nome e cognome:

E-mail:

***Motivazioni alla richiesta di ausili/sussidi** *(Testo max 10 righe):*

***Con il progetto quali capacità dell'alunno si intendono sviluppare?**

(Contrassegna con un solo ovale)

- ☐ Sensoriale- Visivo Sensoriale
- ☐ Motorio
- ☐ Uditivo
- ☐ Cognitivo
- ☐ Comunicativo

***Con il progetto quali capacità dell'alunno si intendono sviluppare?** *(Testo max 10 righe)*

***Sintesi della Diagnosi funzionale** (Testo max 5 righe)

Indicazione dei codici ICD - International Classification of Diseases *indicare se riferiti a ICD-9 o ICD-10*

L'alunno utilizza già tecnologie assistive o sussidi didattici dedicati? *(Contrassegna un ovale)*

☐ SI

☐ NO

Se l'alunno utilizza già tecnologie assistive o sussidi didattici dedicati descrivere a quale scopo.
(Testo breve 3 righe)

ELEMENTI RELATIVI AL CONTESTO

***In che modo il sussidio richiesto può essere utilizzato dall'alunno con disabilità per aumentare i livelli di autonomia personale, sociale e scolastica e partecipare attivamente alle attività di classe in ottica inclusiva?** (Testo max 10 righe)

Strumentazione tecnologica utilizzata nella classe (Contrassegna con un solo ovale o completa)

- ☐ Nessuna
- ☐ LIM
- ☐ Computer
- ☐ Tablet
- ☐ Altro: (Descrivere)

***Problematiche di inclusione nel contesto scolastico (attività e partecipazione - barriere/facilitatori ICF) rilevanti rispetto al presente progetto** (Testo max 5 righe)

FINALITA' DEL PROGETTO

***Finalità generali da perseguire grazie al progetto** (Contrassegna con un solo ovale o completa)

- ☐ Supporto all'autonomia operativa Supporto agli apprendimenti curricolari
- ☐ Supporto alla partecipazione sociale
- ☐ Supporto alla comunicazione interpersonale
- ☐ Supporto alle attività educative/abilitative
- ☐ Altro (descrivere)

***Descrivere le finalità generali se nella domanda precedente è stato selezionato "altro"**
(Testo max 2 righe)

***Descrizione della/delle finalità indicate** (Testo max 10 righe)

***Risultati attesi (performances, attività, partecipazione) da parte dello studente entro un anno di utilizzo della soluzione richiesta dal progetto** (Testo max 10 righe)

RICHIESTA DI ACQUISTO

Il progetto riguarda *(Contrassegna un ovale)*

- ☐ L'acquisto di un unico ausilio (tecnologia assistiva) o di un sistema composto da più dispositivi, inclusi eventuali servizi accessori inclusi nella fornitura
- ☐ L'adattamento o trasformazione di un dispositivo esistente (ausilio o sussidio)

ACQUISTO DI AUSILI

***Per individuare l'ausilio sono state attivate consulenze specialistiche per una valutazione mirata?** *(Contrassegna un ovale)*

☐ SI ☐ NO

***Se è stata attivata una consulenza specialistica descrivere il tipo di consulenza effettuata e la sintesi degli esiti** (Testo max 3 righe)

***DESCRIZIONE DELL'AUSILIO** - tabella 1Indicare con *X* nella colonna 1 il dispositivo richiesto oppure compilare la riga vuota

Computer (indicare caratteristiche)		Costo approssimativo e comprensivo di IVA
1	2	3
	Notebook: schermo 15.6", 8GB ram, 256 ssd, windows 11	495
	Notebook convertibile Yoga 13", touch screen, 8 GB ram, 256 SSD, windows 11	800
	Tablet schermo 10.1", 8 GB ram, 128 ssd, sistema operativo window	364
Sussidi/ausili/tecnologie assistive		Costo approssimativo e comprensivo di IVA

ADATTAMENTO DI DISPOSITIVI ESISTENTI

Dispositivo da adattare:

Proprietà del dispositivo:

***Motivazione della richiesta di adattamento:**

Descrizione dell'adattamento necessario:

Come si intende utilizzare il dispositivo adattato nella pratica quotidiana?

Dispositivi da adattare Tabella 2

Dispositivo da adattare	Costo approssimativo e comprensivo di IVA

ACQUISIZIONE DI SERVIZI/FORMAZIONE

Formazione sull'ausilio nuovo o già in uso

☐ NECESSARIA
 ☐ NON NECESSARIA

Se necessaria, indicare la stima delle ore di formazione:

Servizi/formazione Tabella 3

Numero di ore		Stima di costo iva inclusa
	2 ore	80 euro
	4 ore	160 euro
altro		

SEZIONE 5

RIEPILOGO DEL PROGETTO Tabella 4 - Compilare con i calcoli

Totale della richiesta	Costo TOTALE del progetto
Ausilio/sussidio/tecnologie assistive	
Servizi/formazione	
TOTALE	

**INTERVENTI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGETTO ASPETTI
AMMINISTRATIVI E LOGISTICI**

***Approvazione del progetto da parte del consiglio di classe/team docenti
tenendo conto degli obiettivi del PEI**

☐ SI ☐ NO

***Se "si" inserire la data di approvazione del PEI, se "no", motivare:**

Indirizzo di consegna ausilio: