Allegato 1 – Scheda progetto

SEZIONE 1 – DATI DEL PROGETTO

Titolo del progetto:

*Testo 100 char*

Grado della scuola frequentata dall’alunno **\***

*Combo box*

Plesso scolastico alunno **\***

*Denominazione testo 100 char*

Codice scuola identificativo alunno **\***

*Testo 10 ch*

Anno scolastico di avvio della realizzazione del progetto **\***

*Combo box*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Referente del Progetto **\*** | | | | | | | |
| Nome\* | Cognome\* | | Qualifica \* | | mail\* | | cellulare\* |
|  |  | |  | |  | |  |
| Referente dell’Inclusione d’Istituto\* | | | | | | | |
| Nome\* | | Cognome\* | | Mail\* | | cellulare\* | |
|  | |  | |  | |  | |
| Dirigente\* | | | | | | | |
| Nome\* | | Cognome\* | | Mail\* | | cellulare\* | |
|  | |  | |  | |  | |

* Dirigente scolastico
* docente curricolare
* docente specializzato sostegno
* docente non specializzato sostegno
* referente disabilità istituto

Sintetica descrizione della proposta progettuale **\***

*Testo – max 500 char*

# SEZIONE 2 – ELEMENTI RELATIVI ALL’ ALUNNO

Classe frequentata al momento della stesura del progetto **\***

* Infanzia
* Prima
* Seconda
* Terza
* Quarta
* Quinta

Motivazioni alla richiesta di ausili/sussidi **\***

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

motorio

 sensoriale visivo

 sensoriale uditivo

cognitivo

comunicativo

relazionale

Sintesi della Diagnosi funzionale **\***:

Codice o più codici ICD10/ICD9 **\***

L’alunno utilizza già tecnologie assistive o sussidi didattici dedicati ? **\***

* NO
* SI – Descrivere a quale scopo

# SEZIONE 3 – ELEMENTI RELATIVI AL CONTESTO

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

L’ausilio o 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?**\***

* NO
* SI – Specificare

Strumentazione tecnologica utilizzata dalla classe **\***

Nessuna

 LIM

Computer

 Tablet

Altro

*Testo – max 100 char*

Vi sono problematiche relative alla “postazione di lavoro” dell’alunno per l’utilizzo delle soluzioni assistive o dei sussidi ipotizzati dal progetto? (accessibilità, postura, aspetti visivi o uditivi, illuminazione, alimentazione elettrica, ecc.) **\***

* NO
* SI – Specificare

*Testo – max 300 char*

# SEZIONE 4 – FINALITA’ DEL PROGETTO

Finalità generali da perseguire grazie al progetto **\***

 supporto all’autonomia operativa

 supporto agli apprendimenti curricolari

 supporto alla partecipazione sociale

 supporto alla comunicazione interpersonale

 supporto alle attività educative/abilitative

 altro

Descrizione della/delle finalità indicate **\***

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

# SEZIONE 5 – RICHIESTA

Il progetto riguarda **\***

l’acquisto di un unico ausilio (tecnologia assistiva) o di un sistema composto da più dispositivi, inclusi eventuali servizi accessori alla fornitura

l’acquisto di un unico sussidio didattico o di un sistema composto da più elementi, inclusi eventuali servizi accessori erogati alla fornitura

l’adattamento o la trasformazione di un dispositivo esistente (ausilio o sussidio)

l’acquisizione di servizi

Sintesi della documentazione della eventuale consulenza rilasciata da esperti (CTS; specialista clinico;

centro ausili…) *(opzionale)*

## ACQUISTO DI AUSILI

Per individuare l’ausilio sono state attivate consulenze specialistiche per una valutazione mirata? **\***

* + - NO
    - SI – Specificare il tipo di consulenza e sintesi degli esiti

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo di consulenza | Descrizione | Sintesi degli esiti |
| *Combo box* | *Testo – max 300 char* | *Testo – max 600 char* |

* + - * consulenza specialistica di area clinica
      * consulenza di un Centro GLIC
      * consulenza del CTS
      * associazioni per la disabilità
      * altro

Dettaglio ausili (unico dispositivo o sistema) **\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Descrizio ne | Cod. ISO 9999  1° livello (*Combo box*) | Cod. ISO  2° livello (*Combo box*) | Cod. ISO 3° e 4°  livello | Caratteristiche tecnico/funzionali del prodotto indispensabili *Testo - max 200*  *char* | Scheda tecnica (opzionale) | QTY | Stima costo unitario IVA incl. | Stima costo totale IVA incl. |
| 1. |  |  |  |  |  | Upload file |  |  | calcolato |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A | TOTALE |  |  |  |  |  |  |  |  |

Eventuali servizi accessori erogati nell’ambito della fornitura *(opzionale)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Tipo servizio | # gg/u stimati | Stima costo unitario IVA  incl. *(numero 2 dec.)* | Stima costo totale  IVA incl. |
| 1. | Installazione |  |  | calcolato |
| 2. | Formazione iniziale in presenza |  |  |  |
| 3. | Altro (testo max 200 char) |  |  |  |
| B | TOTALE |  |  |  |

## ACQUISTO DI SUSSIDI DIDATTICI

Dettaglio sussidi (unico elemento o sistema) **\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Descrizio ne | Cod. ISO 9999  (*Comb o box*) | sottoC od. ISO 9999  (*Comb o box*) |  | Caratteristiche tecnico/funzionali del prodotto indispensabili *Testo -max 300 char* | Scheda tecnica (opzionale) | QTY | Stima costo unitario IVA incl. *(numero*  *2 dec.)* | Stima costo totale IVA incl. |
| 1. |  |  |  |  |  | Upload file |  |  | calcolato |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E | TOTALE |  |  |  |  |  |  |  |  |

Eventuali servizi accessori erogati nell’ambito della fornitura *(opzionale)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Tipo servizio | # gg/u stimati | Stima costo unitario IVA incl. *(numero 2 dec.)* | Stima costo totale IVA incl.  *(numero 2 dec.)* |
| 1. | Installazione |  |  | calcolato |
| 2. | Formazione iniziale in presenza |  |  |  |
| 3. | Altro (*Testo -max 200 char)* |  |  |  |
| F | TOTALE |  |  |  |

## ADATTAMENTO DI DISPOSTIVI ESISTENTI

Dispositivo da adattare

*Testo – max 200 char*

Proprietà del dispositivo

*Testo – max 100 char*

Motivazione della richiesta di adattamento

*Testo -max 200 char*

Descrizione dell’adattamento necessario:

*Testo -max 300 char*

Come si intende utilizzare il dispositivo adattato nella pratica quotidiana?

*Testo -max 300 char*

C) Costo stimato IVA inclusa

*Numero – 2 decimali*

## – ACQUISIZIONE DI SERVIZI

Motivazione per l’acquisizione del servizio **\***

Tipologia di servizio che si intende acquisire (uno o più servizi)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Descrizione | Caratteristiche indispensabili del servizio *Testo -max 200 char* | Soggetto conosciuto in grado di erogare il servizio  *Testo -max 200 char* | Stima Costo totale IVA incl.  *(numero 2 dec.)* |
| 1. |  |  |  | calcolato |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| D | TOTALE |  |  |  |

* manutenzione
* sanificazione
* ripristino configurazione di fabbrica
* altro: specificare (max 300 caratteri)

# SEZIONE 6 – INTERVENTI A SUPPORTO DELL’ ATTUAZIONE DEL PROGETTO

## MISURE ORGANIZZATIVE

Si ritengono necessarie misure organizzative nella scuola a supporto dell’inserimento delle soluzioni individuate (sussidi o ausili)? *(es. luoghi e tempi per la conduzione di attività, realizzazione di tabelle di comunicazione, unità didattiche digitali personalizzate, ecc…)* **\***

* + - NO
    - SI – Specificare il tipo di intervento

*Testo -max 500 char*

## SUPPORTO FORMATIVO

Si ritiene necessario un intervento di consulenza o formazione tecnico-metodologica per l’uso

dell’ausilio/sistema, adattamento o servizio?

* + - NO
    - SI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Destinatario  *(Combo box)* | Soggetto conosciuto in grado di svolgere le funzioni elencate  *Testo -max 100 char* | Durata intervento # ore/u stimate *(numero intero)* | Stima costo unitario IVA incl. *(numero 2 dec.)* | Stima costo totale IVA incl. *(numero 2 dec.)* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| G | TOTALE |  |  |  |  |

* + - * Personale docente
      * Personale ATA
      * Docenti di potenziamento
      * Referente disabilità
      * Alunno
      * Altro (testo max 200 char)

## SUPPORTO TECNICO-OPERATIVO

Si richiede un intervento di supporto tecnico-operativo durante il periodo di uso dell’ausilio?

* + - NO
    - SI

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Descrizione | Ausilio o | Soggetto conosciuto | Durata | Stima costo | Stima costo |
|  |  | sussidio a cui si | in grado di svolgere | intervento | unitario IVA | totale IVA incl. |
|  |  | riferisce la | le funzioni elencate | # ore stimate | incl. | *(numero 2 dec.)* |
|  |  | richiesta di | *Testo -max 100 char* | *(numero* | *(numero 2* |  |
|  |  | intervento |  | *intero)* | *dec.)* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| H |  | TOTALE |  |  |  |  |

* + - * supporto per lo sviluppo di applicazioni personalizzate (es. tabelle di comunicazione, integrazione con le attività didattiche, ecc.)
      * follow-up tecnico-metodologici per un uso ottimale dell’ausilio (es. verifica e messa a punto del sistema in itinere, aggiustamenti ergonomici, ridefinizione della metodologia d’uso, implementazioni progressive secondo uno schema concordato, ecc.)
      * integrazione con altri sistemi tecnologici (personali o della scuola)
      * manutenzione tecnica programmata
      * altro

# SEZIONE 7 – ASPETTI AMMINISTRATIVI E LOGISTICI

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

* + - NO – Specificare la motivazione

*Testo -max 100 char*

*es.: il PEI non è stato approvato perché il genitore ha rinunciato all’insegnante di sostegno ed è*

*presente/nonpresente un PDP*

* + - SI

*Data GG/MM/AAAA (calendario)*

**RIEPILOGO COSTI TOTALI DEL PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| A) Totale spesa per acquisto Ausilio (dispositivo/sistema) | € calcolato |
| B) Totale spesa per servizi inclusi nella fornitura dell’Ausilio didattico | € |
| C) Totale spesa per acquisto Sussidio didattico | € |
| D) Totale spesa adattamento Ausili esistenti | € |
| E) Totale spesa per servizi non inclusi nella fornitura dell’Ausilio didattico | € |
| F) Totale spesa per servizi non inclusi nella fornitura del Sussidio didattico | € |
| G) Totale spesa per supporto formativo | € |
| H) Totale spesa per supporto tecnico-operativo | € |
| **COSTO TOTALE DEL PROGETTO** | € |

**MODALITÀ DI CONSEGNA DEL BENE**

Indirizzo di consegna **\***

*Testo 100 char*

Distanza dal CTS superiore a 50 KM

Indisponibilità del personale scolastico al ritiro presso il CTS

Altro

*Testo 100 char*