



**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 MECCANOGRAPHICO					
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:

- a) NUMERO TOTALE DESTINATARI UDITIVI
- b) NUMERO TOTALE DESTINATARI VISIVI
- c) NUMERO TOTALE DESTINATARI CON MODALITA' COMUNICATIVE SPECIFICHE
- d) NUMERO TOTALE DESTINATARI SENSORIALI (a+b+c)

Elenco destinatari (Nome e Cognome)	Classe e sezione a.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