**CANDIDATURA**

**PER LA FORNITURA DI AUSILI A VALERE SUL PROGETTO**

***Strumenti e ausili per la riduzione dei divari di apprendimento per gli studenti con disabilità da parte dei Centri Territoriali di Supporto (D.M. 41/2024)* – Centro Territoriale di Supporto – Istituto Comprensivo Sandro Pertini di Ovada (AL) – Progetto: Ausili-Alessandria – CODICE PROGETTO: M4C1I1.4-2024-1382-P-48455 - CUP C44D21000790006**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI DELL’ISTITUZIONE SCOLASTICA** | |
| Denominazione: |  |
| Via: |  |
| Comune: |  |
| telefono: |  |
| Email : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DIRIGENTE SCOLASTICO** | |
| Nome: |  |
| Cognome: |  |
| Telefono: |  |
| Email : |  |
| **REFERENTE INCLUSIONE D’ISTITUTO** | |
| Nome: |  |
| Cognome: |  |
| Telefono: |  |
| Email : |  |
| **REFERENTE DEL PROGETTO** | |
| Nome: |  |
| Cognome: |  |
| Telefono: |  |
| Email : |  |

**SEZIONE 1 - DATI DEL PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **TITOLO DEL PROGETTO** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Grado della scuola frequentata dall’alunno |  |
| Classe frequentata |  |
| Iniziali dell’alunno |  |

**SINTETICA DESCRIZIONE DELLA PROPOSTA PROGETTUALE e dell’ausilio**

|  |
| --- |
|  |

**SEZIONE 2- ELEMENTI RELATIVI ALL’ALUNNO**

MOTIVAZIONI ALLA RICHIESTA DI AUSILI/SUSSIDI

|  |
| --- |
|  |

CAPACITA’ DELL’ALUNNO CHE SI INTENDONO SVILUPPARE CON IL PROGETTO

* Motorio
* Sensoriale visivo
* Sensoriale uditivo
* Cognitivo
* Comunicativo
* Relazionale

SINTESI DELLA DIAGNOSI FUNZIONALE

* Codici ICD9
* Codici ICD10

|  |
| --- |
|  |

Indicare se alunno utilizza già tecnologie assistive o sussidi didattici dedicati

* No
* Si (descrivere a quale scopo)

|  |
| --- |
|  |

**SEZIONE 3- ELEMENTI RELATIVI AL CONTESTO**

Indicare se l’ausilio/sussidio richiesto può essere utilizzato dall’alunno con disabilità per aumentare i livelli di autonomia personale, sociale e scolastica e partecipare attivamente all’attività di classe in un’ottica inclusiva.

* No
* Si (specificare)

|  |
| --- |
|  |

Strumentazione tecnologica utilizzata nella classe

* Nessuna
* Digital Board
* Computer
* Tablet
* Altro

|  |
| --- |
|  |

**SEZIONE 4**

Finalità generali da perseguire grazie al progetto

* Supporto all’autonomia operativa
* Supporto gli apprendimenti curricolari
* Supporto alla partecipazione sociale
* Supporto alla comunicazione interpersonale
* Supporto alle attività educative/abilitative

Descrizione della/delle finalità indicate

|  |
| --- |
|  |

Risultati attesi (performance, attività, partecipazione) da parte dello studente

|  |
| --- |
|  |

**SEZIONE 5- RICHIESTA DI ACQUISTO**

Indicare se per individuare l’ausilio sono state attivate consulenze specialistiche per una valutazione mirata

* No
* Si (specificare tipo di consulenza e allegare la documentazione)

Tipo di eventuale consulenza

* Medica
* Altro

Rilasciata da:

* struttura pubblica
* struttura privata

Sintesi degli esiti

|  |
| --- |
|  |

Dettagli ausilio (unico dispositivo o sistema)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descrizione dettagliata | Caratteristiche tecnico/funzionali del prodotto | Costo stimato IVA compresa |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Luogo, data Firma del docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Dirigente scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_