

Allegato 1 – Scheda progetto

SEZIONE 1 – DATI DEL PROGETTO

DATI SCUOLA	
Denominazione	MILANESI GUIDO
Indirizzo	via tropea, 26, ROMA (RM)
Codice Meccanografico	RMIC826004
Codice Fiscale	80228590586
Email	RMIC826004@istruzione.it

BANDO	
Titolo	Bando Test Indire 01.04.2020
Riferimenti	Indire
Data e Ora di Scadenza	10/04/2020 00:00

Titolo del progetto:

Grado della scuola frequentata dall'alunno *

Plesso scolastico alunno *

Codice scuola identificativo alunno *

Anno scolastico di avvio della realizzazione del progetto *

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 *

<i>Testo – max 500 char</i>

SEZIONE 2 – ELEMENTI RELATIVI ALL' ALUNNO

Classe frequentata al momento della stesura del progetto *

Combo box

- Infanzia
- Prima
- Seconda
- Terza
- Quarta
- Quinta

Motivazioni alla richiesta di ausili/sussidi *

Testo – max 300 char

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

- ☐ motorio
- ☐ sensoriale visivo
- ☐ sensoriale uditivo
- ☐ cognitivo
- ☐ comunicativo
- ☐ relazionale

Sintesi della Diagnosi funzionale *:

Testo – max 500 char

Codice o più codici ICD10/ICD9 *

Campo libero, si possono inserire più codici

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

- ☐ NO
- ☐ SI – Descrivere a quale scopo

Testo – max 300 char

SEZIONE 3 – ELEMENTI RELATIVI AL CONTESTO

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

Testo – max 500 char

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

Testo – max 300 char

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

Testo – max 300 char

Descrizione della/delle finalità indicate *

Testo – max 300 char

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

Testo – max 500 char

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)

Testo – max 500 char

5.1 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) *

#	Descrizione	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			

5.2 ACQUISTO DI SUSSIDI DIDATTICI

Dettaglio sussidi (unico elemento o sistema) *

#	Descrizione	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			

5.3 ADATTAMENTO DI DISPOSITIVI 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

5.4 – ACQUISIZIONE DI SERVIZI

Motivazione per l'acquisizione del servizio *

Testo -max 200 char

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

#	Descrizione	Caratteristiche indispensabili del servizio <i>Testo -max 200 char</i>	Soggetto conosciuto in grado di erogare il servizio <i>Testo -max 200 char</i>	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

6.1 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

6.2 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 <i>Testo -max 100 char</i>	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)

6.3 SUPPORTO TECNICO-OPERATIVO

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

☐ NO

☐ SI

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