|  |
| --- |
| **ATTENZIONE!**  **Nella compilazione dei vari campi attenersi all’indicazione del numero dei caratteri riportata in questo documento:**  **- non sempre, quando si compila la scheda in piattaforma, compare un pop-up di avviso del numero di caratteri da non superare**  **- un eccessivo numero di caratteri (non segnalato da un pop-up) fa si che il testo non venga importato interamente, ma soltanto la parte rientrante nel numero di caratteri consentivi, determinando la perdita di informazioni importanti o addirittura essenziali per la valutazione del progetto.** |

LEGENDA

- **in rosso** indicazioni riportate dalla *Guida alla compilazione della scheda progetto*

- **in azzurro** indicazioni del CTS

[è obbligatorio compilare i campi contrassegnati da un asterisco \*]

**- Inserimento Progetto ---------------------------------------------------------------------------------------**

**DATI SCUOLA** [campo precompilato dal sistema]

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Indirizzo |  |
| Codice Meccanografico |  |
| Codice Fiscale |  |
| Email |  |

**BANDO** [campo precompilato dal sistema]

Titolo *Avviso per la presentazione di progetti relativi all’acquisto e alla manutenzione di sussidi didattici e per l’acquisizione di servizi necessari al loro migliore utilizzo (art. 1, comma 962 della L. 30 dicembre 2020 n. 178 e Decreto Dipartimentale 4 luglio 2023, n. 932)*

Riferimenti *Ufficio Scolastico Regionale del Lazio*

Data e Ora di Scadenza *13/10/2023 23:59*

**- Dati Progetto --------------------------------------------------------------------------------------------------**

DATI DEL PROGETTO ---------------------------------------------------------------------- **sez. 3.1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo del Progetto \***  *Max 100 caratteri* |  |
| **Grado della scuola frequentata dall’alunno \*** | Seleziona  *Selezione da Combo box*   * *Scuola dell’infanzia* * *Scuola primaria* * *Scuola secondaria di I grado* * *Scuola secondaria di II grado* |
| **Classe frequentata \*** | seleziona  *Selezione da Combo box*   * *Infanzia* * *Prima* * *Seconda* * *Terza* * *Quarta* * *Quinta* |
| **Scuola o Plesso alunno \***  (se diverso dall’Istituto principale) |  |
| **Codice identificativo alunno \***  (cod. anonimo assegnato dalla scuola)  *Max 10 caratteri o poco più* |  |
| **Anno scolastico di avvio della realizzazione del progetto \*** | 2023-2024 |

**Referente del progetto \* *(inserire i dati del docente che presenta il progetto)***

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Email |  |
| Cellulare |  |
| Qualifica (Referente) | seleziona  *Selezione da Combo box*   * *Dirigente scolastico* * *Docente curricolare* * *Docente specializzato sostegno* * *Docente non specializzato sostegno* * *Referente disabilità istituto* |

**Referente inclusione del progetto\* *(inserire i dati del docente referente per gli ausili CTS)***

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Email |  |
| Cellulare |  |
| Qualifica (Responsabile) | seleziona  *Selezione da Combo box*   * *Dirigente scolastico* * *Docente curricolare* * *Docente specializzato sostegno* * *Docente non specializzato sostegno* * *Referente disabilità istituto* |

**Dirigente scolastico \***

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Email |  |
| Cellulare |  |
| Qualifica dirigente | seleziona  *Selezione da Combo box*   * *Dirigente scolastico* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sintetica descrizione della proposta progettuale \***  *Max 500 caratteri* |  |

**- Alunno ----------------------------------------------------------------------------------------------------------**

ELEMENTI RELATIVI ALL’ALUNNO ---------------------------------------------------------------- **sez. 3.2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivazioni alla richiesta di ausili/sussidi \***  *Max* ***300*** *caratteri* ***(spazi inclusi)***  *IMPORTANTE: La corrispondenza della motivazione, a confronto con i beni e servizi richiesti, concorre alla valutazione della domanda e alla formazione delle graduatorie* |  |

**Con il progetto quali capacità dell'alunno si intendono sviluppare? \*** *(È possibile indicare una o più opzioni)*

* Motorio
* Sensoriale Visivo
* Sensoriale Uditivo
* Cognitivo
* Comunicativo
* Relazionale

|  |  |
| --- | --- |
| **Sintesi della Diagnosi funzionale \***  *Max 500 caratteri*  *(I dati inseriti devono riportare in forma rigorosamente a*n*onima - le informazioni rilevate dalla diagnosi funzionale e ritenute utili ai fini della motivazione della richiesta)* |  |

**Indicazione dei codici ICD - International Classification of Diseases \***

*(Utilizzare una sola delle 2 codifiche, con preferenza per i codici ICD10 nel caso in cui fossero riportati entrambi))*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | * Codici ICD9 |  | *(separare i codici con 🡪* ***;*** *)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | * Codici ICD10 |  | *(separare i codici con 🡪* ***;*** *)* |

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

*(In quest’area NON vanno riportati sussidi generalisti come LIM, computer e tablet della classe)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | * **NO** |  |
| * **SI** (descrivere a quale scopo)   *Max 300 caratteri* |  |

**- Contesto --------------------------------------------------------------------------------------------------------**

ELEMENTI RELATIVI AL CONTESTO -------------------------------------------------------------- **sez. 3.3**

|  |  |
| --- | --- |
| **Problematiche di inclusione nel contesto scolastico (attività e partecipazione - barriere/facilitatori ICF) rilevanti rispetto al presente progetto \***  *Max 300 caratteri* |  |

**L’ausilio o 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)  *Max 300 caratteri*  *(IMPORTANTE: L’utilizzo di ausili con finalità inclusiva concorre alla valutazione della domanda e alla formazione della graduatoria)* |  |

**Strumentazione tecnologica utilizzata dalla classe \*** *(E’ possibile indicare una o più opzioni)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | * Nessuna |  |
| * LIM |  |
| * Computer |  |
| * Tablet |  |
| Altro  *Max 100 caratteri* |  |

**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)   *Max 300 caratteri*  *(Le problematiche ergonomiche possono essere determinanti rispetto alla scelta e al possibile utilizzo efficace di un ausilio o sussidio)* |  |

**- Finalità ----------------------------------------------------------------------------------------------------------**

FINALITÀ DEL PROGETTO --------------------------------------------------------------------------- **sez. 3.4**

**Finalità generali da perseguire grazie al progetto \*** *(È possibile indicare una o più opzioni)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Supporto all’autonomia operativa | |  |
| * Supporto agli apprendimenti curricolari | |  |
| Supporto alla partecipazione sociale | |  |
| * Supporto alla comunicazione interpersonale | |  |
| Supporto alle attività educative/abilitative | |  |
| Altro  *Max 300 caratteri* |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrizione della/delle finalità indicate \***  *Max 300 caratteri* ***(spazi inclusi)***  *(IMPORTANTE: La voce concorre alla valutazione della domanda e alla formazione della graduatoria)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Risultati attesi (performances, attività, partecipazione) da parte dello studente entro un anno di utilizzo della soluzione richiesta dal progetto \***  *Max 500 caratteri*  *I risultati attesi considerano la visione prospettico dell'uso delle soluzioni richieste*  *IMPORTANTE: La voce concorre alla valutazione della domanda e alla formazione della graduatoria* |  |

**- Tipo acquisto -----------------------------------------------------------------------------------------------**

TIPO ACQUISTO --------------------------------------------------------------------------------------- **sez.3. 5**

**Il progetto riguarda \*** *(È possibile indicare una o più opzioni)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | * L’acquisto di un unico ausilio (tecnologia assistiva) o di un sistema composto da più dispositivi, inclusi   eventuali servizi accessori inclusi nella fornitura |
| * L’acquisto di un unico sussidio didattico o di un sistema composto da più elementi, inclusi eventuali servizi accessori inclusi nella fornitura |
| * L’adattamento o trasformazione di un dispositivo esistente (ausilio o sussidio) |
| * L’acquisizione di servizi di accompagnamento |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sintesi della documentazione di eventuale consulenza rilasciata da esperti (CTS; specialista clinico; centro ausili…)** *Max 500 caratteri* |  |

**- Ausili -------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

ACQUISTO DI AUSILI ------------------------------------------------------------------------------ **sez.3. 5.1**

**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 \*** | seleziona  *Selezione da Combo box*   * *Consulenza specialistica di area clinica* * *Consulenza di un Centro GLIC* * *Consulenza del CTS* * *Associazioni per la disabilità* * *Altro* * *Fornitore dell’ausilio/sussidio* |
| **Descrizione \***  *Max 300 caratteri* ***(spazi inclusi)***  *(IMPORTANTE: La dettagliata descrizione di questa voce concorre alla valutazione della domanda e alla formazione della graduatoria)* |  |
| **Sintesi degli esiti \***  *Max 300 caratteri* |  |

**Dettaglio ausili (Unico Dispositivo o Sistema) \***

***N.B.****: Nel caso di richiesta di più ausili costituenti un sistema, fare il copia-incolla dell’intera tabella per ogni ulteriore componente, inserendola subito dopo la riga indicata con* ***+ (Sul modulo in piattaforma si dovrà cliccare sulla finestra “Aggiungi”***

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrizione \***  *Max* ***300*** *caratteri* ***(spazi inclusi)***  *Porre ot tenzione ad una buona descrizione per facil itare gli ocquisti da parte del CTS*  *(****IMPORTANTISSIMO:******La dettagliata descrizione di questa voce concorre alla valutazione della domanda e alla formazione della graduatoria)*** |  |
| **Cod. ISO 9999 1° liv. \*** | seleziona |
| **Cod. ISO 9999 2° liv. \***  *Riportare il codice individuato* |  |
| **Cod. ISO 9999 3° e 4° liv. \***  *Riportare il codice individuato (se presente indicare 4° livello)* |  |
| **Caratteristiche tecnico/funzionali del prodotto indispensabili \***  *Max 300 caratteri* ***(spazi inclusi)*** |  |
| **Quantità \*** |  |
| **Stima costo unitario IVA incl.**  **\* *(IMPORTANTANTISSIMO: indicare il costo dell’ausilio comprensivo d’IVA altrimenti il finanziamento approvato risulterà insufficiente in fase di acquisto)*** |  |
| **+** |  |

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

***N.B.****: Nel caso di richiesta di più servizi fare il copia-incolla dell’intera tabella per ogni ulteriore servizio,*

*inserendola subito dopo la riga indicata con* ***+***

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo servizio** | seleziona  *Selezione da Combo box*   * *Installazione Ausili* * *Manutenzione Ausili* * *Altro* |
| **n° gg/u stimati \*** |  |
| **Stima costo unitario IVA incl. \*** |  |
| **+** |  |

**- Sussidi -----------------------------------------------------------------------------------------------------------**

ACQUISTO DI SUSSIDI DIDATTICI --------------------------------------------------------------- **sez. 3.5.2**

**Dettaglio sussidi (Unico Dispositivo o sistema) \***

***N.B.****: Nel caso di richiesta di più sussidi costituenti un sistema fare il copia-incolla dell’intera tabella per ogni ulteriore componente,*

*inserendola subito dopo la riga indicata con* ***+***

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrizione \***  ***Max 300 caratteri (spazi inclusi)***  *Porre ot tenzione ad una buona descrizione per facil itare gli ocquisti da parte del CTS*  *(****IMPORTANTISSIMO:******La dettagliata descrizione di questa voce concorre alla valutazione della domanda e alla formazione della graduatoria)*** |  |
| **Cod. ISO 9999 1° liv. \*** | seleziona  Selezione *da Combo box*   * *Installazione* * *Manutenzione* * *Altro* |
| **Cod. ISO 9999 2° liv. \***  *Riportare il codice individuato* |  |
| **Cod. ISO 9999 3° e 4° liv. \***  *Riportare il codice individuato (se presente indicare 4° livello)* |  |
| **Caratteristiche tecnico/funzionali del prodotto indispensabili \***  *Max* ***300*** *caratteri* ***(spazi inclusi)*** |  |
| **Quantità \*** |  |
| **Stima costo unitario IVA incl. \**(IMPORTANTANTISSIMO: indicare il costo dell’ausilio comprensivo d’IVA altrimenti il finanziamento approvato risulterà insufficiente in fase di acquisto)*** |  |
| **+** |  |

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

***N.B.****: Nel caso di richiesta di più servizi fare il copia-incolla dell’intera tabella per ogni ulteriore servizio,*

*inserendola subito dopo la riga indicata con* ***+***

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo servizio \*** | seleziona  Selezione *da Combo box*   * *Installazione* * *Manutenzione* * *Altro* |
| **n° gg/u stimati \*** |  |
| **Stima costo unitario IVA incl. \*** |  |
| **+** |  |

**- Adattamento --------------------------------------------------------------------------------------------------**

ADATTAMENTO DEL PROGETTO **DI DISPOSTIVI ESISTENTI** ----------------------------- **sez. 3.5.3**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dispositivo da adattare \***  *Max 200 caratteri* ***(spazi inclusi)***  *Descrivere il dispositivo – già in possesso/comodato della scuola – per il quale si richiede l’adattamento* |  |
| **Proprietà del dispositivo \***  *Max 100 caratteri* ***(spazi inclusi)***  *Descrivere le proprietà del dispositivo – già in possesso/comodato della scuola - per il quale si richiede l’adattamento* |  |
| **Motivazione della richiesta di adattamento \***  *Max 200 caratteri* ***(spazi inclusi)***  *Descrivere le motivazioni per le quali si richiede l’adattamento/miglioramento di un dispositivo già in possesso o in comodato d’uso* |  |
| **Descrizione dell’adattamento necessario \***  *Max 300 caratteri* ***(spazi inclusi)***  *Descrivere con precisione il tipo di adattamento richiesto per il dispositivo – già in possesso/comodato della scuola – per il quale si richiede l’adattamento.*  ***(IMPORTANTE: La descrizione di questa voce concorre alla valutazione della domanda e alla formazione della graduatoria. Inoltre consentirà al CTS di procedere con maggiore precisione all’acquisto dell’adattamento)*** |  |
| **Come si intende utilizzare il dispositivo adattato nella pratica quotidiana? \***  *Max 300 caratteri* ***(spazi inclusi)***  *Descrivere come il dispositivo adattato potrà essere utilizzato in un progetto di didattica inclusiva per lo studente* |  |
| **Costo stimato IVA inclusa \*** |  |

**- Servizi -----------------------------------------------------------------------------------------------------------**

SERVIZI (i costi sono da imputare sulla quota del 30% del finanziamento) --------------------- **sez. 3.5.4**

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivazione per l’acquisizione del servizio \***  *Max 200 caratteri* ***(spazi inclusi)***  ***(IMPORTANTE: La descrizione di questa voce concorre alla valutazione della domanda e alla formazione della graduatoria)*** |  |

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

***N.B.****: Nel caso di richiesta di più servizi fare il copia-incolla dell’intera tabella per ogni ulteriore servizio,*

*inserendola subito dopo la riga indicata con* ***+***

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrizione \*** | seleziona  Selezione *da Combo box*   * *Formazione iniziale in presenza* * *Sanificazione* * *Ripristino configurazione di fabbrica* * *Altro* |
| **Caratteristiche indispensabili del servizio \***  ***Max 300 caratteri******(spazi inclusi)***  *Descrivere con precisione le caratteristiche richieste per il servizio* |  |
| **Soggetto conosciuto in grado di erogare il servizio \***  ***Max 300 caratteri******(spazi inclusi)*** |  |
| **Stima costo unitario IVA incl.** |  |
| **+** |  |

**- Supporto -------------------------------------------------------------------------------------------------------**

SUPPORTO -------------------------------------------------------------------------------------------- **sez. 3.6**

**SUPPORTO ORGANIZZATIVO \***

**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   *Max 500 caratteri* ***(spazi inclusi)***  *Tali* misure *non comportano costi aggiuntivi per il progetto* |  |

**SUPPORTO FORMATIVO \*** (i costi sono da imputare alla quota del 30% del finanziamento)

**Si ritiene necessario un intervento di consulenza o formazione tecnico-metodologica per l’uso dell’ausilio/sistema, adattamento o servizio? \***

* **NO**
* **SI**

**Se si clicca su SI compare la schermata sottostante**

***N.B.****: Nel caso di richiesta di interventi diversi fare il copia-incolla dell’intera tabella per ogni ulteriore tipologia di intervento, inserendola subito dopo la riga indicata con* ***+***

|  |  |
| --- | --- |
| **Destinatario \*** | seleziona  *Selezione da Combo box*   * *Personale docente* * *Personale ATA* * *Docenti di potenziamento* * *Referente disabilità* * *Alunno* * *Altro* |
| **Soggetto conosciuto in grado di svolgere le funzioni elencate \***  ***Max 100 caratteri (spazi inclusi)*** |  |
| **Durata intervento**  **n° ore/u stimate \*** |  |
| **Stima costo unitario IVA incl. \*** |  |
| **+** |  |

**SUPPORTO TECNICO-OPERATIVO \*** (i costi sono da imputare alla quota del 30% del finanziamento)

**Si ritiene necessario un intervento di supporto tecnico-operativo durante il periodo di uso dell’ausilio? \***

* **NO**
* **SI**

**Se si clicca su SI compare la schermata sottostante**

***N.B.****: Nel caso di richiesta di interventi diversi fare il copia-incolla dell’intera tabella per ogni ulteriore tipologia di intervento, inserendola subito dopo la riga indicata con* ***+***

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrizione \***  *Evidenziare la tipologia richiesta 🡪*  *(o cancellare le altre)* | seleziona  *Selezione da Combo box*   * *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* |
| **Ausilio o sussidio a cui si riferisce la richiesta di intervento \***  *Indicare il cod. ISO ausilio/sussidio* |  |
| **Soggetto conosciuto in grado di svolgere le funzioni elencate \***  ***Max 100 caratteri (spazi inclusi)*** |  |
| **Durata intervento**  **n° ore/u stimate \*** |  |
| **Stima costo unitario IVA incl. \*** |  |
| **+** |  |

**- Riepilogo e logistica -----------------------------------------------------------------------------------------**

RIEPILOGO E LOGISTICA ---------------------------------------------------------------------------- **sez. 3.7**

**Approvazione del progetto da parte del consiglio di classe/team docenti tenendo conto degli obiettivi del PEI (definitivo o provvisorio) \***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | * **SI** (inserire la data) |  |  |
| * **NO**   ***Max 115 caratteri (spazi inclusi)*** |  | |

**ASPETTI AMMINISTRATIVI E LOGISTICI**

|  |  |
| --- | --- |
| A. Totale spesa per acquisto Ausilio (dispositivo/sistema) | calcolato dal sistema dalla sez.5.1 |
| B. Totale spesa per servizi inclusi nella fornitura dell’Ausilio didattico | calcolato dal sistema dalla sez.5.1 |
| C. Totale spesa per acquisto Sussidio didattico | calcolato dal sistema dalla sez.5.2 |
| D. Totale spesa per servizi inclusi nella fornitura de Sussidio didattico | calcolato dal sistema dalla sez.5.2 |
| E. Totale spesa adattamento di dispositivi esistenti | calcolato dal sistema dalla sez.5.2 |
| F. Totale spesa per servizi non inclusi nella fornitura dell’Ausilio/Sussidio | calcolato dal sistema dalla sez.5.1 |
| G. Totale spesa per supporto formativo | calcolato dal sistema dalla sez.5.1 |
| H. Totale spesa per supporto tecnico-operativo | calcolato dal sistema dalla sez.5.1 |
| I. Quota 70% (A +B + C +D +E) | calcolato dal sistema A+B+C+D+E |
| J. Quota 30% (F + G + H) | calcolato dal sistema F+G+H |
| **COSTO TOTALE DEL PROGETTO** | calcolato dal sistema I+J |

**MODALITÀ DI CONSEGNA DEL BENE**

|  |  |
| --- | --- |
| Indirizzo di consegna \*  ***Max 100 caratteri (spazi inclusi)*** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | * Distanza dal CTS superiore a 50 km | |  |
| * Indisponibilità del personale scolastico al ritiro presso il CTS | |  |
| * Altro   *Max 300 caratteri,* ***(spazi inclusi)*** |  | |

**- Invio del progetto --------------------------------------------------------------------------------------------**

INVIO DEL PROGETTO ----------------------------------------------------------------------------- **sez. 3.**

La compilazione può essere interrotta in qualunque momento*.* Le informazioni già inserite e confermate rimangono naturalmente acquisite e verranno ripresentate all’atto del nuovo accesso al progetto*.* Prima della conferma del progetto è possibile scaricare il fac-simile della scheda su file pdf per verifica e controllo della completezza e correttezza delle informazioni inserite. In caso si renda necessario intervenire su una o più sezioni della scheda, è sufficiente fare click sulla label corrispondente, modificare uno o più campi, confermare le modifiche e procedere**. Il processo di acquisizione non è definitivo fino a che non verrà trasmesso definitivamente**.

**- Scarica file -**

Se la proposta di acquisizione ausili, sussidi o servizi risulta completa e risponde ai bisogni dello studente, si deve ora trasmettere il progetto affinché possa essere sottoposto all’esame della Commissione di valutazione. Non sono necessarie altre operazioni per trasmettere e catalogare il progetto. L’invio non è reversibile e una volta effettuato il progetto non sarà più modificabile.

**- INVIA PROGETTO –**