**Avviso USR Sardegna prot. n. 18680 del 29.08.2022 FACSIMILE\_Scheda progetto**

Le istituzioni scolastiche interessate dovranno compilare la scheda progettuale on line, secondo le modalità

specificate nell’Avviso, utilizzando il portale “Strumenti e Ausili didattici per la disabilità”, disponibile al link

https://ausilididattici.indire.it/ , con **accesso mediante autenticazione tramite utenza SIDI**, entro e **non oltre**

**le ore 23,59 del giorno 07 ottobre 2022.**

Nella compilazione dei vari campi della scheda progetto **attenersi assolutamente** all’indicazione del **numero dei caratteri** riportata in questo documento, infatti il numero di caratteri non deve superare quello indicato.

**Attenzione:** risulta importantissima, ai fini della valutazione, la coerenza tra le varie parti della scheda progetto (Diagnosi, richiesta dell’ausilio, Motivazione e Finalità)

Sarebbe opportuno che la richiesta di ausili non venga fatta per alunni che frequentano classi terminali in quanto non avrebbero un tempo significativo di utilizzo dello stesso

LEGENDA

- **in rosso** indicazioni riportate nell’allegato 2 “Manuale utente”

- **in azzurro** indicazioni suggerite dal CTS\_ Cagliari

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

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

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

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

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

DATI DEL PROGETTO ---------------------------------------------------------------------------------- **sez. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo del Progetto \***  *Max 100 caratteri* |  |
| **Grado della scuola frequentata dall’alunno \*** |  |
| **Classe frequentata \*** | ***per l’infanzia: SPECIFICARE L’ ANNO di frequenza*** |
| **Scuola o Plesso alunno \***  (se diverso dall’Istituto principale) |  |
| **Codice identificativo alunno \***  (cod. anonimo assegnato dalla scuola)  *Max 10 caratteri* |  |
| **Anno scolastico di avvio della realizzazione del progetto \*** | 2022/2023 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Email |  |
| Cellulare |  |
| Qualifica (Referente) |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Email |  |
| Cellulare |  |
| Qualifica (Responsabile) |  |

**Dirigente scolastico \***

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Email |  |
| Cellulare |  |
| Qualifica dirigente |  |

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

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

ELEMENTI RELATIVI ALL’ALUNNO ------------------------------------------------------------------ **sez. 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivazioni alla richiesta di ausili/sussidi \***  *Max* ***315*** *caratteri* ***(spazi inclusi)*** | Voce valutata secondo tabella punteggi.  Partendo dalla diagnosi descrivere la situazione reale di lavoro e il perchè della scelta dell’ausilio richiesto.  Sia la motivazione che la scelta dell’ausilio devono essere coerenti e adeguate; per esempio, se l’alunno ha un ritardo medio/grave non è plausibile la richiesta di un PC con alte prestazioni a meno che tali prestazioni non siano motivate dalla necessità di utilizzare dei software particolari e sofisticati che comunque devono essere indicati. |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Motorio |
| Sensoriale Visivo |
| Sensoriale Uditivo |
| Cognitivo |
| Comunicativo |
| Relazionale |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sintesi della Diagnosi funzionale \***  *Max 500 caratteri* |  |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Codici ICD10 | Riportare i codici presenti nella documentazione diagnostica | *(separare i codici con 🡪* ***;*** *)* |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **NO** |  |
| **SI** (descrivere a quale scopo)  *Max 300 caratteri* | Voce valutata secondo tabella punteggi. |

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

ELEMENTI RELATIVI AL CONTESTO ---------------------------------------------------------------- **sez. 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* | Voce valutata secondo tabella punteggi.  Molto importante descrivere la rilevanza degli strumenti richiesti rispetto alla finalità inclusiva; per esempio….. richiesta di ausilio per facilitare la comunicazione amplierebbe la sfera relazionale dell’alunno |

**Strumentazione tecnologica utilizzata dalla classe \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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* |  |

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

FINALITÀ DEL PROGETTO ---------------------------------------------------------------------------- **sez. 4**

**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  *Max 300 caratteri* |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrizione della/delle finalità indicate \***  *Max* ***256*** *caratteri* ***(spazi inclusi)*** | Voce valutata secondo tabella punteggi.  Chiara ed esaustiva descrizione delle finalità e dei risultati attesi |

|  |  |
| --- | --- |
| **Risultati attesi (performances, attività, partecipazione) da parte dello studente entro un anno di utilizzo della soluzione richiesta dal progetto \***  *Max 500 caratteri* | Voce valutata secondo tabella punteggi. |

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

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

**Il progetto riguarda \***

|  |  |
| --- | --- |
|  | L’acquisto di un unico ausilio (tecnologia assistiva) o di un sistema composto da più disposititvi, 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* | Voce valutata secondo tabella punteggi.  *tali documenti aggiornati andranno esibiti su eventuale richiesta da parte del CTS* |

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

ACQUISTO DI AUSILI --------------------------------------------------------------------------------- **sez. 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 \*** |  |
| **Descrizione \***  *Max* ***315*** *caratteri* ***(spazi inclusi)*** |  |
| **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* ***+***

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrizione \***  *Max* ***315*** *caratteri* ***(spazi inclusi)*** | Voce valutata secondo tabella punteggi.  E’ importante descrivere la tipologia e tutte le caratteristiche tecniche dell’ausilio in modo da poterlo reperire con facilità e senza correre il rischio di fare acquisti errati.  Gli ausili acquistati dal CTS sono dati **all’alunno** in comodato d’uso quindi sarebbe opportuno non richiedere libri che difficilmente possono essere riassegnati; questi potrebbero essere acquistati dalle scuole con altri fondi. |
| **Cod. ISO 9999 1° liv. \*** |  |
| **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* ***215*** *caratteri* ***(spazi inclusi)*** | Ripetere le caratteristiche tecniche dell’ausilio riportate sella sezione descrizione |
| **Quantità \*** |  |
| **Stima costo unitario IVA incl. \*** | I prezzi devono sempre essere comprensivi d’IVA (la maggior parte degli ausili hanno aliquota IVA pari al 22 %) |
| **+** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo servizio** |  |
| **n° gg/u stimati \*** |  |
| **Stima costo unitario IVA incl. \*** |  |
| **+** |  |

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

ACQUISTO DI SUSSIDI DIDATTICI ----------------------------------------------------------------- **sez. 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 315 caratteri (spazi inclusi)*** | IDEM voci AUSILI |
| **Cod. ISO 9999 1° liv. \*** |  |
| **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* ***215*** *caratteri* ***(spazi inclusi)*** |  |
| **Quantità \*** |  |
| **Stima costo unitario IVA incl. \*** |  |
| **+** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo servizio \*** |  |
| **n° gg/u stimati \*** |  |
| **Stima costo unitario IVA incl. \*** |  |
| **+** |  |

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

ADATTAMENTO **DI DISPOSTIVI ESISTENTI** ------------------------------- **sez. 5.3**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dispositivo da adattare \***  *Max* ***100*** *caratteri* ***(spazi inclusi)*** |  |
| **Proprietà del dispositivo \***  *Max 100 caratteri* ***(spazi inclusi)*** |  |
| **Motivazione della richiesta di adattamento \***  *Max 200 caratteri* ***(spazi inclusi)*** |  |
| **Descrizione dell’adattamento necessario \***  *Max* ***200*** *caratteri* ***(spazi inclusi)*** |  |
| **Come si intende utilizzare il dispositivo adattato nella pratica quotidiana? \***  *Max* ***200*** *caratteri* ***(spazi inclusi)*** |  |
| **Costo stimato IVA inclusa \*** |  |

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

SERVIZI (i costi sono da imputare sulla quota del 30% del finanziamento) ------------------------ **sez. 5.4**

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivazione per l’acquisizione del servizio \***  *Max 200 caratteri* ***(spazi inclusi)*** |  |

**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 \*** |  |
| **Caratteristiche indispensabili del servizio \***  ***Max 200 caratteri******(spazi inclusi)*** |  |
| **Soggetto conosciuto in grado di erogare il servizio \***  ***Max 200 caratteri******(spazi inclusi)*** |  |
| **Stima costo totale IVA incl.** |  |
| **+** |  |

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

SUPPORTO ---------------------------------------------------------------------------------------------- **sez. 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* ***515*** *caratteri*  ***(spazi inclusi)*** |  |

**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 \*** |  |
| **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)* | - 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 |
| **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. 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)*** | **PEI in fase di definizione (progetto sarà approvato**  **nella riunione GLO del gg.mm.aaaa)** | |

**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* ***256*** *caratteri,* ***(spazi inclusi)*** |  | |

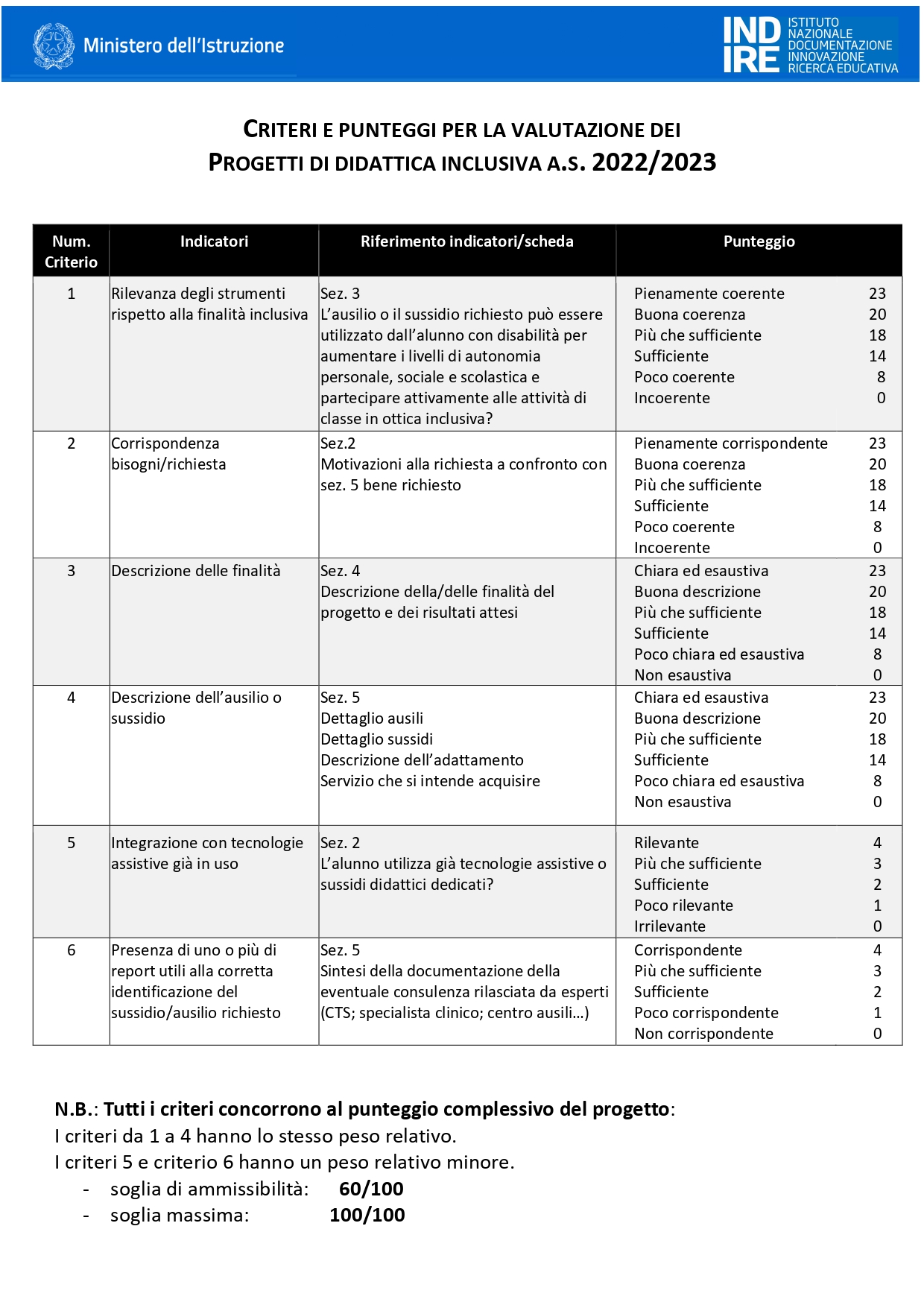
**- Invio del progetto --------------------------------------------------------------------------------------------**

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 –**

****