

INCLUSIONE SCOLASTICA DI BAMBINI/ALUNNI/STUDENTI CON DISABILITA' SENSORIALE**RELAZIONE FINALE DEL PIANO INDIVIDUALE
PERCORSO ORDINARIO****ANNO SCOLASTICO ____/____****per bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale dalla scuola dell'infanzia fino all'istruzione secondaria di secondo grado e alla formazione professionale di secondo ciclo****BAMBINO/ALUNNO/STUDENTE**

Cognome _____ Nome _____

CF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ID _____

DENOMINAZIONE ENTE EROGATORE: _____

Tipologia di disabilità:

☐ Uditiva☐ Visiva☐ Disabilità sensoriale plurima (visiva/uditiva)Specificare inoltre se:☐ Pluridisabilità: disabilità sensoriale associata ad altre disabilità☐ Figlio di persona/e con disabilità sensoriale☐ Convivente con fratello/i con disabilità sensoriale

Scuola/Istituto _____

Sede _____

- | | |
|---|--------------|
| ☐ Scuola dell'Infanzia | classe _____ |
| ☐ Primaria | classe _____ |
| ☐ Secondaria di I grado | classe _____ |
| ☐ Secondaria di II grado | classe _____ |

DATI RICAVABILI DAL PEI:

Segue la Programmazione della classe ☐ SI ☐ NO

DOCENTE DI SOSTEGNO

☐ SI ☐ NO

Numero di ore settimanali previste nel PEI _____

ASSISTENTE PERSONALE PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE (EDUCATORE NOMINATO DAL COMUNE)

☐ SI ☐ NO

Numero di ore settimanali previste nel PEI _____

ALTRI SERVIZI COINVOLTI

PIANO INDIVIDUALE:

Data effettiva di avvio dell'intervento _____ (il campo deve coincidere con la prima data segnata nel timesheet)

INTERVENTI ATTIVATI DURANTE L'ANNO SCOLASTICO

Assistenza alla Comunicazione (per operatore di riferimento e ore settimanali previste)

Operatore di riferimento: _____

Si confermano i dati dell'operatore presente nel P.I./rettificato alla richiesta di I acconto o comunicato via e-mail

☐ SI

☐ NO: _____ (Nome e Cognome del nuovo operatore)

Ore settimanali previste nel PI n. ____, di cui: a scuola n. ____, al domicilio n. ____, per esami ____.

Ore annuali n. ____

Ore erogate n. ____, di cui: a scuola n. ____, al domicilio n. ____, a distanza (attività da remoto preventivamente autorizzate e specificate) n. ____, per attività esterne previste dalla programmazione scolastica (es. affiancamento tirocinio, gite scolastiche, ecc.) n. ____

Ore esami previste: _____

Ore erogate n.____, di cui: a scuola n.____, al domicilio n.____, a distanza (attività da remoto su richieste preventivamente autorizzate e specifiche) n. _____, attività esterne previste dalla programmazione scolastica (es. affiancamento tirocinio, gite scolastiche, ecc.) n._____

Ore erogate n.____, di cui: a scuola n.____, al domicilio n.____, a distanza (attività da remoto su richieste preventivamente autorizzate e specifiche) n. _____, attività esterne previste dalla programmazione scolastica (es. affiancamento tirocinio, gite scolastiche, ecc.) n. _____

☐

IMPORTO COMPLESSIVO SPESO: €

Ore di attività indirette – importo massimo riconoscibile € 400

- ☐ **Assistente alla comunicazione (es:** predisposizione di materiali didattico specifico, supporto ai contesti educativi e scolastici per la trasmissione di strategie specifiche dedicate alla disabilità sensoriale, redazione di relazioni sull'andamento, tempo lavoro utilizzato dagli operatori per gli spostamenti nelle diverse sedi di lavoro, altro)
n. ore ____ per € ____
- ☐ **Tiflogo/tifloinformatico (es:** predisposizione di materiali didattico specifico, supporto ai contesti educativi e scolastici per la trasmissione di strategie specifiche dedicate alla disabilità sensoriale, redazione di relazioni sull'andamento, tempo lavoro utilizzato dagli operatori per gli spostamenti nelle diverse sedi di lavoro, altro)
n. ore ____ per € ____

IMPORTO TOTALE SPESO: _____

IMPORTO TOTALE RICHIESTO: _____

INTERVENTI ATTIVATI NELL'A.S. 2025-2026 – PARTE DESCRITTIVA DEGLI INTERVENTI

GLI OBIETTIVI PREVISTI SI SONO ATTUATI ATTRAVERSO LE SEGUENTI AZIONI:

(relazione sintetica evidenziando al massimo 4 azioni prevalenti)

MODALITA' DI RACCORDO CON LE FIGURE DI RIFERIMENTO E INCONTRI EFFETTUATI

(indicare il numero di incontri suddivisi per interlocutore in funzione della progettazione e verifica delle attività svolte in raccordo con il PEI)

- ☐ Famiglia n. ____ ☐ Servizi Sociali n. ____
- ☐ Scuola n. ____ ☐ Specialisti n. ____
- ☐ incontri collegiali n. ____

GLI OBIETTIVI PER L'ANNO SCOLASTICO SUCCESSIVO:

(proporre massimo 4 obiettivi da raggiungere nell'anno scolastico successivo condivisi con le figure di riferimento)

SEGNALAZIONI E/O CRITICITA' RILEVATE

AVENDO COMPILATO LA RELAZIONE FINALE E RICONOSCIUTO CHE ATS SU QUESTO PI HA GIA' EROGATO LE SEGUENTI CIFRE:

I ACCONTO (pari al 50% + 400€ costi generali): € _____

II ACCONTO (pari al 30%): € _____

I ACCONTO (pari al 70% + 400€ costi generali): € _____

II ACCONTO (pari al 20%): € _____

IMPORTO EFFETTIVAMENTE RICHIESTO: € _____ (AGGIUNGERE SPESA PER LE ATTIVITA' INDIRETTE – IMPORTO RICHIESTO)

Data _____

Firma leggibile del/gli Operatore/i di riferimento

Firma leggibile del Responsabile dell'Ente
