

**C.T.S. Piacenza**

Via Liberazione 3

29010 Roveleto di Cadeo Piacenza

tel. 0523 502017 fax 0523 501819

e-mail CTS: piacenza@cts.istruzioneer.it

**Scheda per la richiesta di sussidi e/o ausili didattici in contratto di comodato d’uso a.s. \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**Si chiede di precisare, per alunni con disabilità, se è stato chiesto un sussidio in comodato tramite checkpoint secondo la nota n.399 USRER del 10 gennaio 2018:**

* **Sì (indicare il numero qualificatore relativo all’inserimento nel checkpoint:…………………………………………………..)**
* **no**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Scuola |  |  |
| indirizzo |  |  |
| Tel. |  |  |
| Fax |  |  |
| e-mail |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Docente referente per il sostegno/DSA |  |  |
| Tel. e e-mail del docente |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Docente **di sostegno/coordinatore di classe responsabile** (referente)per il sussidio |  |  |
| Tel. e e-mail del docente |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome dell’alunno \* |  |  |
| Classe |  |  |

L’istituzione scolastica in indirizzo

CHIEDE

in contratto di comodato d’uso i seguenti ausili e/o sussidi didattici

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ordine di priorità |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Codice disabilità: ICD/ICF da Diagnosi funzionale/segnalazione e definizione**Descrizione in sintesi della disabilità certificata |  |
| **Data della certificazione/segnalazione, con riferimento al medico che l’ha redatta** |  |

Indicare:

|  |  |
| --- | --- |
| Finalità**: specificare app, software e come si intendono utilizzare** |  |
| Obiettivi **del PEI/ PDP che si intendono realizzare con lo strumento richiesto (ausili/sussidi richiesti)** |  |

**NON VERRANNO VALUTATI I MODULI PRIVI DI TUTTI I DATI RICHIESTI**

**Alla riconsegna del sussidio sarà obbligatorio presentare il modulo di restituzione compilato, con il file “Modulo di restituzione ausili scuole” al link** <http://pc.cts.istruzioneer.it/i-materiali/>

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il docente sostegno/coordinatore di classe**

 **........................................................................**

 Il Dirigente Scolastico

 ………………………………………

**\* non utilizzare la formula N.N.**