**Allegato C**

**Anno scolastico 2023/2024**

|  |
| --- |
| Istituto Comprensivo [...]Scuola/Plesso […] |

**PROGETTO ANALITICO DI PLESSO/ISTITUTO SULL’INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA’**

**PLESSO DI ……………….**

**Adottato dal Consiglio di Istituto nel Piano dell’Offerta Formativa in data ……………**

**(Da consegnare entro il 30.11.2023)**

I dati e le riflessioni che permettono di formulare la richiesta di assistenza educativa specialistica entro la fine del mese di maggio, dovranno concretizzarsi entro il mese di novembre in un progetto definitivo di Plesso, che espliciti quali azioni effettive siano state realizzate con la presenza degli educatori e delle altre figure professionali presenti in ciascun Istituto.

**TIPOLOGIA DI BISOGNI EFFETTIVAMENTE PRESENTI**

Si compili la tabella, tenendo conto sia degli alunni con disabilità certificata sia di alunni con B.E.S oppure D.S.A. presenti nel Plesso.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Classe/sezione | n. totale degli alunni | di cui con disabilità certificata | di cui BES  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**RISORSE PROFESSIONALI SPECIFICHE ASSEGNATE**

Elenco delle risorse impiegate per incrementare il livello d’inclusione globale della scuola, dati riferiti all’anno scolastico in corso. ***La compilazione dei seguenti campi è obbligatoria.***

|  |  |
| --- | --- |
| N° docentiN° ore | Docenti di sostegno |
| N° docentiN° ore | Docenti di potenziamento |
| N° educatoriN° ore | Educatori professionali |
| N° alunniN° personale  | Alunni con necessità di assistenza igienico-sanitariaCollaboratori scolastici con l’abilitazione a fornire assistenza ai disabili |
| N°  | Servizi civili, volontari, altre risorse (…specificare), ecc… |
| Presenza SI/NO | Sportello Psico-pedagogico / Altri specialisti (specificare) |

Sulla base delle risorse professionali presenti e dei bisogni educativi emersi con l’avvio del nuovo anno scolastico, si richiede di esplicitare quali attività ipotizzate negli allegati A e B, si siano effettivamente realizzate, e quali siano quelle di nuova ideazione e realizzazione. Per ciascuna tipologia di attività andranno specificate unicamente le voci richieste. Il presente allegato ha l’obiettivo di fornire uno spaccato sintetico ma esaustivo delle progettualità educative finalizzate a perseguire un sempre più alto livello di inclusione. Si specifica che non occorre trasmettere al Comune/Ambito il PEI, che deve comunque essere predisposto entro il 31 ottobre (come indicato nella normativa di riferimento – Decreto Ministeriale n. 182 del 29 dicembre 2020) e tenuto agli atti della scuola. Resta facoltà del Comune/Ambito (o dei coordinatori pedagogici) farne specifica richiesta.

1. **LABORATORI DI PLESSO (completare tabella 1)**
* descrizione dell’attività (tipologia, obiettivi, durata, frequenza, sede);
* alunni D.A. coinvolti (nominativo, obiettivi specifici per il singolo);
* classe/classi coinvolte;
* numero degli educatori coinvolti;
* numero degli insegnanti di sostegno o curriculari coinvolti;
* responsabili della progettazione e conduzione del laboratorio.

  **2)**  **LABORATORI DI CLASSE (completare tabella 2)**

* descrizione dell’attività (tipologia, obiettivi, durata, frequenza, sede, classe e sezione);
* alunno/i D.A. coinvolto/i (nominativo, obiettivi specifici per il singolo);
* numero degli educatori coinvolti;
* numero degli insegnanti di sostegno o curriculari coinvolti;
* responsabili della progettazione e conduzione del laboratorio.

 **3)**  **ATTIVITA’ INDIVIDUALIZZATE (completare tabella 3)**

* nominativo alunno D.A.
* tempo di frequenza scolastica effettiva;
* n° ore settimanali gestite dall’educatore professionale;
* n° ore settimanali gestite dall’insegnante di sostegno;
* obiettivi dell’intervento, sede (specificare se/quando l’attività viene svolta in rapporto 1:1 all’esterno della classe, motivandone la scelta);
* si aggiunga una tabella con la scansione oraria settimanale ove sia evidenziata la presenza dell’educatore e dell’insegnante di sostegno.

|  |
| --- |
| **1. LABORATORI DI PLESSO** |
| **DESCRIZIONE ATTIVITA’**(tipologia attività, obiettivi, contenuti, durata, frequenza, sede) |  |
| **ALUNNI D.A.** coinvolti (nominativo, obiettivi specifici per il singolo) |  |
| **CLASSE/I** coinvolte (eventuale presenza alunni con B.E.S. o D.S.A) |  |
| **N.°EDUCATORI** coinvolti |  |
| **N.°INSEGNANTI** di sostegno o curriculari coinvolti |  |
| **RESPONSABILI** progettazione e conduzione del laboratorio |  |

|  |
| --- |
| **2.LABORATORI DI CLASSE** |
| **DESCRIZIONE ATTIVITA’**(tipologia attività, obiettivi, contenuti, durata, frequenza, sede) |  |
| **ALUNNO/I D.A.** coinvolto/i (nominativo, obiettivi specifici per il singolo) |  |
| **CLASSE** coinvolta (eventuale presenza di alunni con B.E.S. O D.S.A.) |  |
| **N.°EDUCATORI** coinvolti |  |
| **N.°INSEGNANTI** di sostegno o curriculari coinvolti |  |
| **RESPONSABILI** progettazione e conduzione del laboratorio |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **3.ATTIVITA’ INDIVIDUALIZZATE** |
| **ALUNNO D.A.** (nominativo) |  |
| **TEMPO DI FREQUENZA SCOLASTICA EFFETTIVA** |  |
| **N.° ore settimanali gestite dall’educatore**  |  |
| **N.° ore settimanali gestite dall’insegnate di sostegno** |  |
| **DESCRIZIONE ATTIVITA’**(obiettivi, attività, sede) Specificare se/quando l’attività viene svolta in rapporto 1:1, all’esterno della classe, motivandone la scelta. |  |
|  |  |

Firma del Dirigente Scolastico

 Timbro della Scuola