Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca



Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio



**Centro Territoriale di Supporto “Alceo Selvi”**

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “PIAZZA MARCONI” - VETRALLA

P.zza G. Marconi, 37 – 01019 Vetralla (VT) 🕾 0761.477012 🖷 0761.477012 📬 [vtic83600r@istruzione.it](mailto:vtic83600r@istruzione.it)

📬 [vtic83600r@pec.istruzione.it](mailto:vtic83600r@pec.istruzione.it) C.F. 80014910568 Sito web: www.icpiazzamarconi.it

# **Orario apertura sportello di consulenza:**

# **martedì e giovedì dalle 15.00 alle 17.00**

* **tel. 0761.297348**

# *Agli operatori del CTS di Viterbo*

**OGGETTO:** Richiesta di attività di consulenza/formazione al Centro Territoriale Supporto

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso: Scuola/Ente/Associazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e\_mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede di poter incontrare gli operatori del Centro il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_ .

**A-**RICHIESTA DI CONSULENZA PER (scegliere l'opzione d'interesse)

| 1 | Consulenza sull'acquisto e sull'uso degli ausili |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | Dimostrazione sull'uso degli ausili |  |
| 3 | Supporto didattico |  |
| 4 | Cessione in comodato d'uso degli ausili |  |
| 5 | Consulenza per acquisto SW didattico |  |
| 6 | Interventi di consulenza presso le scuole |  |
| 7 | Interventi presso le scuole per personalizzare le postazioni di lavoro |  |
| 8 | Interventi di formazione mirata per le scuole |  |
| 9 | Formazione di base a tutte le scuole |  |
| 10 | Ausili per didattica a distanza |  |
| 11 | Altro: …………………………………………………………………………. |  |

**B-**ELEMENTI DESCRITTIVI DELL’ALUNNO

Età ................................ Classe d'inserimento ............................................................................

**B1** **- BES**

| 1 | Minorazione motoria |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | Minorazione visiva (ipovedente) |  |
| 3 | Minorazione visiva (cieco) |  |
| 4 | Minorazione uditiva (sordastro) |  |
| 5 | Minorazione uditiva (Sordo profondo) |  |
| 6 | Problemi di apprendimento (in generale) |  |
| 7 | DSA disturbi specifici dell'apprendimento |  |
| 8 | Problemi di comunicazione |  |
| 9 | Psichica |  |
| 10 | Ritardo mentale |  |
| 11 | Sindromi specifiche |  |

Operatore ASL di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centri convenzionati o accreditati: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**⬜** Autorizzazione della famiglia

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La richiesta può essere inoltrata, via mail, ad uno dei seguenti indirizzi:

* [usp.vt@istruzione.it](mailto:usp.vt@istruzione.it)
* [vtic83600r@istruzione.it](mailto:vtic83600r@istruzione.it)