



**Centro Territoriale di Supporto
Sede Provinciale di Matera
PROGETTO "Nuove tecnologie e disabilità"**

C/o IIS "Isabella MORRA"
Via Dante, 84 - Matera
(Tel. 0835/386316)
e mail ctsmatera@ctsbasilicata.it

Richiesta consulenza/Formazione

Scuola/Istituto _____ **di:**.....

ordine di scuola: infanzia primaria secondaria I grado secondaria II grado

recapito telefonico:

recapito e-mail:

formulazione indicativa di due date possibili di incontro da indicare:

☉ per la formazione _____

☉ per la consulenza _____

persone che intendono partecipare all'incontro: n.

☉ per la formazione _____

☉ per la consulenza _____

A - ALUNNO

Età alunno

Classe d'inserimento.....

A1 - AREE INTERESSATE

autonomia prassica

relazionale

comunicativa

Disturbo specifico di apprendimento.....

altro

A2 - DISABILITÀ

1	Minorazione motoria	
2	Minorazione visiva	
3	Minorazione uditiva	
4	Problemi di apprendimento (in generale)	
5	DSA disturbi specifici dell'apprendimento (dislessia)	
6	Problemi di comunicazione	
7	Ritardo mentale	
8	Sindrome	

B - RICHIESTA DI CONSULENZA

B2- RICHIESTA DI FORMAZIONE (scegliere l'opzione d'interesse)

1	Acquisto e uso degli ausili	
2	Dimostrazione sull'uso di ausili	
3	Supporto didattico	
4	Acquisto SW didattico	
5	Ausili per didattica a distanza	
6	Altro	

C - Specificare il tipo di richiesta

Esempio: sintetizzatore vocale; tastiera con scudo, ecc.

_____ , li _____

IL Dirigente Scolastico

Il docente referente