

| | | |
|--|---|---|
|  <p>CTS Vicenza Centro Territoriale Di Supporto Tecnologie Assistive</p> <p>Succursale: strada Sant'Antonino, 32 - tel. 0444 929207 Cell.3925724136 Mail: ctsvicenza@almerico.edu.it</p> |  | <p>ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE</p> <p>Istruzione professionale: - Servizi Commerciali; - Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità alberghiera</p> <p>Istruzione tecnica: - Turismo</p> <p>Istruzione per adulti/serale</p> <hr/> <p>Sede centrale: via Baden Powell, 33 tel. 0444 294320 Succursale: strada Sant'Antonino, 32 - tel. 0444 929207 36100 VICENZA www.almerico.edu.it - viis01600r@istruzione.it</p> |
|--|---|---|

MODULO A

Al Presidente Dott.ssa Manuela Floriani

in rappresentanza del CTS, in qualità di Dirigente dell'I.I.S. "ALMERICO DA SCHIO" di VICENZA

RICHIESTA DI COMODATO D'USO AUSILI/SUSSIDI PER ALUNNI CERTIFICATI

Annoscolastico 20___/_____

➤ **Scuola richiedente**

Denominazione scuola _____

Indirizzo scuola _____

Tel. - email _____

➤ **Insegnante richiedente**

➤ **Nome alunno**

| | <u>DATI PREVISTI</u> Da compilare a cura del responsabile di progetto | <u>VALUTAZIONE DELLA RICHIESTA</u> Da compilare a cura dei referenti CTS |
|--|---|--|
| 1. <u>Materiale richiesto</u> <i>Descrivere sinteticamente quali attrezzature si richiedono.</i> | | |
| 2. <u>Destinatari</u> <i>Indicare il nome, l'età, la classe frequentata dall'alunno che usufruirà del materiale richiesto</i> | | |
| 3. <u>Patologia</u> <i>Descrivere il tipo di disabilità</i> | | |
| 4. <u>Durata / azioni</u> <i>Descrivere l'arco temporale nel quale si presume possa essere utilizzato il materiale richiesto</i> | | |
| 5. <u>Obiettivi</u> <i>Descrivere gli obiettivi che si intendono raggiungere con la strumentazione richiesta</i> | | |

Luogo, data _____

Firma dell'insegnante richiedente

Firma del Dirigente Scolastico

Da inviare via mail a: ctsvicenza@almerico.edu.it