

INCLUSIONE EDUCATIVA/SCOLASTICA DI BAMBINI/ALUNNI/STUDENTI CON DISABILITA' SENSORIALE - CONTROLLI A CAMPIONE 5% DEI PIANI INDIVIDUALI

A.E./A.S.- ____/____

BAMBINO/ALUNNO/STUDENTE (Nome Cognome) _____

ID _____

Ente erogatore: _____

Grado scuola	Classe	Tipologia disabilità	
<input type="radio"/> Nido/micronido/sezione primavera		<input type="radio"/> Non udente	<input type="radio"/> Nuova attivazione
<input type="radio"/> Infanzia		<input type="radio"/> Non vedente	<input type="radio"/> Rinnovo
<input type="radio"/> Primaria		<input type="radio"/> Pluridisabile	<input type="radio"/> Cambio ciclo scolastico
<input type="radio"/> Secondaria I grado			
<input type="radio"/> Secondaria II grado/C.F.P.			

Data di presentazione del PI _____

Data di approvazione del PI _____

Data di attivazione del servizio _____

Data di sospensione/interruzione del servizio (eventuale) _____

PRESENZA DOCUMENTI (i documenti in originale sono custoditi presso la sede dell'Ente)

ELEMENTI DA VALUTARE	ESITO		NOTE
Autocertificazione attestazione regolare esecuzione del servizio (compilata correttamente in tutte le sue parti)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Copia accordo/ convenzione con altro Ente (partnership)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

ELEMENTI DA VALUTARE	ESITO		NOTE
Presentazione del Piano Educativo Individualizzato – PEI (se previsto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Relazione finale del Piano Individuale (compilata correttamente in tutte le sue parti)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CV assistente alla comunicazione Nome e cognome _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possesso dei requisiti previsti dalle Linee Guida	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se NO presenza documentazione che attesti le azioni previste e/o attuate dall'ente erogatore per colmare le lacune	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Partecipazione al Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione (GLO)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Timesheet assistente alla comunicazione (Coerenza con ore rendicontate) Periodo di attività: dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Busta paga/fattura assistente alla comunicazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CV tifologo Nome Cognome _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possesso dei requisiti previsti dalle Linee Guida	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Partecipazione al Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione (GLO)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Timesheet tifologo (Coerenza con ore rendicontate) Periodo di attività: dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fattura/Busta paga tifologo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

ELEMENTI DA VALUTARE	ESITO		NOTE
CV tifloinformatico Nome Cognome _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possesso dei requisiti previsti dalle Linee Guida	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Partecipazione al Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione (GLO)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Timesheet tifloinformatico (Coerenza con ore rendicontate) Periodo di attività: dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fattura/Busta paga tifloinformatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CV pedagoga Nome Cognome _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possesso dei requisiti previsti dalle Linee Guida	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Timesheet pedagoga (Coerenza con ore rendicontate) Periodo di attività: dal ____ al ____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fattura/Busta paga pedagoga	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fornitura materiale didattico previsto da PI (entro il 31/01/2027)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fattura/Ricevuta fiscale materiale didattico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Facoltativo: Coerenza tra obiettivi del PI iniziale e azioni intraprese	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se no spiegarne le motivazioni

Se presente più di un operatore con la stessa qualifica duplicare i box con le voci indicate

Controllo effettuato:

Data di invio della e-mail del controllo amministrativo all'Ente _____

- ☐ In loco
☐ Da remoto

Data di ricezione della documentazione dall'Ente (se il controllo è da remoto)_____

Operatore/i ATS: _____ Firma _____

Responsabile ATS _____ Firma _____

Responsabile Ente _____ Firma _____

Data _____

Data di invio del verbale all'Ente per la presa visione (se controllo effettuato da remoto)
