## ALTERNANZA SCUOLA LAVORO – STUDENTI DISABILI a.s. 16/17

## Nome Istituto

**Indirizzo**

**Località**

**Telefono**  **Fax**

**e-mail**

**sito web**

**Numero studenti disabili destinatari del percorso di alternanza:**

**Numero di studenti disabili destinatari del percorso di alternanza in situazione protetta** :

**Obiettivi del percorso/i**

|  |  |
| --- | --- |
| **Caratteristiche disabilità**Inserire i codici disabilità | **Numero studenti** |
| A |  |
| B |  |
| C |  |
| D |  |

**Tipologia di servizio richiesto Numero studenti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERCORSI FORMATIVI** | Percorsi di crescita autonomia  |  |
| Percorsi di sviluppo di abilità sociali  |  |
| Percorsi di |  |
| Percorsi di |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACCOMPAGNAMENTO**  | Accompagnamento e supporto nello sviluppo dei percorsi di alternanza scuola lavoro |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOSTEGNO ALLA CRESCITA**  | Tutorato all'inserimento nel nuovo contesto |  |

**Periodo** dell’anno scolastico

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Azione Mesi** | Sett16 | Ott16 | Nov16 | Dic16 | Gen17 | Feb17 | Mar17 | Apr17 | Mag17 | Giu17 | Lug17 | Ago17 | Numero studenti |
| 1 | Crescita autonomia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Abilità sociali |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Giorni in cui si effettua il percorso** **alla settimana/mese** (opzionale)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Azione giorni** | lunedì | martedì | mercoledì | giovedì | venerdì | sabato |  studenti |
| 1 | Crescita autonomia |  |  |  |  |  |  | Inserire il numero di studenti in corrispondenza del giorno di interesse  |
| 2 | Abilità sociali |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |

**Orario giornaliero** (opzionale)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Fascia oraria Idalle alle  | Fascia oraria IIdalle alle | Fascia oraria IIIdalle alle | Fascia oraria IVdalle alle |
| Numero studenti  |  |  |  |  |

**Docente referente:**

**Modalità di contatto:**