

**INCLUSIONE SCOLASTICA DI BAMBINI/ALUNNI/STUDENTI CON DISABILITA' SENSORIALE
PRESA IN CARICO E PIANO INDIVIDUALE
ANNO SCOLASTICO ____/____**

Attivazione del servizio dalla scuola dell'infanzia fino all'istruzione secondaria di secondo grado e alla formazione professionale di secondo ciclo

Alla ATS ** _____

Il/La sottoscritto/a Nome** _____ Cognome** _____ codice fiscale ** _____

nella sua qualità di**:

- genitore del beneficiario
 tutore legale dell'avente diritto
 beneficiario

Telefono ** _____

indirizzo e-mail ** _____

AUTORIZZA LA PRESA IN CARICO DA PARTE

ENTE EROGATORE CAPOFILA

Denominazione** : _____

Codice fiscale** _____

forma singola

in rete con: _____

REFERENTE DEL PIANO INDIVIDUALE

Cognome: _____

Nome: _____

Qualifica: _____

Telefono: _____

Cell.: _____

Email: _____

PEC: _____

** dati caricati in automatico presi da bandi precedenti

A FAVORE DEL BENEFICIARIO

Cognome** _____
Nome** _____
Nato/a a ** _____
Prov ** _____
Data di nascita ** _____
Codice fiscale** _____

Comune di residenza o domicilio** _____
Prov** _____
C.a.p.** _____
Via ** _____

SCOLARITA' **

- infanzia
 primaria
 secondaria I grado
 secondaria II grado/C.F.P.

Classe frequentata _____ a.s. ____/____ **

Denominazione della Scuola Frequentata** _____

Indirizzo: ** _____

Comune: ** _____

Prov: ** _____

Telefono ** _____

Email ** _____

Numero di ore settimanali di frequenza scolastica _____

TIPOLOGIA DISABILITA' **

- Visiva
 Uditiva
 Uditiva/visivo
 Pluridisabilità/VISIVA
 Pluridisabilità/UDITIVA
 Pluridisabilità/VISIVA e UDITIVA
 Figlio di disabili sensoriali
 Con fratelli disabili sensoriali conviventi

TIPO INTERVENTO

- Intervento di nuova attivazione (lo studente è la prima volta che usufruisce del servizio)
 Rinnovo (già in carico con lo scrivente Ente in precedenza)
 Rinnovo (precedentemente in carico ad altro Ente)

** dati caricati in automatico presi da bandi precedenti

AUTORIZZA LA PRESENTAZIONE DEL SEGUENTE PIANO INDIVIDUALE

ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE:

Cognome e nome: _____

TIFLOLOGO

Cognome e nome: _____

TIFLOINFORMATICO

Cognome e nome: _____

MOTIVAZIONE DI RICHIESTA PER GLI INTERVENTI A SUPPORTO DELL'INCLUSIONE SCOLASTICA

Disabilità visiva

assistenza alla comunicazione rinuncia (in caso di flaggatura caricare documento firmato dalla famiglia)

fornitura di materiale scolastico

trascrizione libri di testo

consulenza tiflogia/tifloinformatica rinuncia (in caso di flaggatura caricare documento firmato dalla famiglia)

Utilizzo BRAILLE

Disabilità uditiva

assistenza alla comunicazione; rinuncia (in caso di flaggatura caricare documento firmato dalla famiglia)

fornitura di materiale scolastico

Utilizzo LIS

ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE

Numero ore di assistenza alla comunicazione settimanali previste a scuola _____

Numero ore di assistenza alla comunicazione settimanali previste a domicilio _____

Totale ore settimanali di assistenza alla comunicazione previste _____

** dati caricati in automatico presi da bandi precedenti

Numero settimane totali di attivazione del servizio _____

Costo orario previsto _____

E' previsto al termine dell'a.s l'esame di Stato/l'esame di qualifica/diploma dei percorsi ordinamentali di istruzione e formazione professionale per il quale si prevede il monte ore aggiuntivo straordinario finalizzato e parametrato alla durata delle prove d'esame

SI

NO

Numero di ore "extra" per assistenza alla comunicazione _____

Totale ore di assistenza alla comunicazione previste _____

DISABILITA' VISIVA

TIFLOGO/TIFLOINFORMATICO

Tiflogo/tifloinformatico

rinuncia

Numero di ore annuali previste: _____

Costo orario previsto _____

E' previsto al termine dell'a.s l'esame di Stato/l'esame di qualifica/diploma dei percorsi ordinamentali di istruzione e formazione professionale per il quale si prevede il monte ore aggiuntivo straordinario finalizzato e parametrato alla durata delle prove d'esame

SI

NO

Numero di ore "extra" per Tiflogo/Tifloinformatico _____

Totale ore Tiflogo/Tifloinformatico _____

Fornitura di materiale didattico speciale – Disabilità visiva

MATERIALE DIDATTICO SPECIALE E LIBRI DI TESTO	SCUOLA DELL'INFANZIA (max.1.500 euro)	SCUOLA PRIMARIA, SECONDARIA I e II ciclo e formazione professionale (max. 2.500 euro)	TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL MATERIALE
Materiale tiflodidattico a carattere ingranditi			
Libri di testo scolastici elaborati secondo i criteri tiflodidattici			

Apparirà compilata solo la colonna della scuola di interesse

** dati caricati in automatico presi da bandi precedenti

DISABILITA' Uditiva

Fornitura di materiale didattico speciale - Disabilità uditiva

MATERIALE DIDATTICO SPECIALE E LIBRI DI TESTO	SCUOLA DELL'INFANZIA (max.700 euro)	SCUOLA PRIMARIA, SECONDARIA I e II ciclo e formazione professionale (max. 1.500 euro)	TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL MATERIALE/TECNOLOGIA INFORMATICA
Tecnologie informatiche per alunni con disabilità uditiva			
Dizionari italiani LIS			

Apparirà compilata solo la colonna della scuola di interesse

Per i casi di sola disabilità sensoriale uditiva o visiva connotata da particolari criticità, si richiede erogazione "sovra soglia"? (previa presentazione di relazione dettagliata a Regione Lombardia per autorizzazione)

SI

NO

ALTRI DATI DISPONIBILI

Obiettivi da raggiungere (elencare massimo 4 obiettivi che ricomprendano tutte le tipologie di intervento):

Descrizione del progetto (sintesi):

Verifica (metodi, criteri e strumenti utilizzati per verificare se gli obiettivi sono stati raggiunti):

** dati caricati in automatico presi da bandi precedenti

ALTRI SERVIZI SOCIO-SANITARI, SOCIALI O SCOLASTICI COINVOLTI

SI

NO

Se sì, Indicare i Servizi pubblici e/o privati, sanitari e/o socio-educativi che hanno in carico lo studente:

NOTE: (indicare eventuali scostamenti rispetto all'anno precedente. Fornire adeguata motivazione in caso di incremento ore rispetto all'anno scolastico precedente)

COSTI PREVISTI

Tipologia di intervento	Costo orario del personale IVA inclusa	Monte ore annuale previsto	BUDGET PREVISTO
Servizio assistenza comunicazione			
Costo complessivo previsto per l'intervento suppletivo di assistenza alla comunicazione (Iva inclusa)			
Servizio tiflogico/tifloinformatico			
Costo complessivo previsto per l'intervento suppletivo di assistenza Tiflogo/Tifloinformatico (Iva inclusa)			
Materiale didattico speciale e libri di testo			
TOTALE			

Data, _____

Firma del Referente Ente Erogatore:

Firma del genitore

** dati caricati in automatico presi da bandi precedenti

**INCLUSIONE EDUCATIVA DI BAMBINI CON DISABILITA' SENSORIALE
PRESA IN CARICO E PIANO INDIVIDUALE
ANNO EDUCATIVO ____/____**

**attivazione del servizio dai nidi/micronidi pubblici e privati e sezioni primavera
della scuola dell'infanzia**

Alla ATS _____

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____ codice fiscale _____

nella sua qualità di:

- genitore del bambino/beneficiario
 tutore legale del bambino/beneficiario

Telefono _____

indirizzo e-mail _____

AUTORIZZA LA PRESA IN CARICO E L'OSSERVAZIONE DA PARTE DI

ENTE EROGATORE CAPOFILA

Denominazione: ** _____

Codice fiscale: ** _____

forma singola

in rete con: _____

REFERENTE DEL PIANO INDIVIDUALE

Cognome: _____

Nome: _____

Qualifica: _____

Telefono: _____

Cell.: _____

Email: _____

PEC: _____

DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO:

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____

Prov _____

Data di nascita _____

Codice fiscale _____

Comune di residenza o domicilio (se diverso dalla residenza) _____
Prov _____
C.a.p. _____
Via _____

SCOLARITA'

Il minore frequenta:

- Asilo Nido Micronido Sezione Primavera

Anno di frequenza:

- 1° 2° 3° Anno di saldatura

Frequenza:

- Tempo pieno** **Tempo parziale:** _____ (specificare)

Denominazione della struttura: _____

Indirizzo: _____

Comune: _____

Tel: _____

E mail: _____

Coordinatore della struttura _____

Tel _____

E mail: _____

TIPOLOGIA DISABILITÀ:

- Sensoriale Visiva Sensoriale Uditiva Pluridisabilità

Specificare la tipologia di pluridisabilità:

Sensoriale Visiva in presenza di altra disabilità (specificarla _____)

Sensoriale Uditiva in presenza di altra disabilità (specificarla _____)

Sordo - Cieco

Presenza di genitori con disabilità sensoriale

Presenza di fratelli/sorelle con disabilità sensoriale

Utilizzo LIS (Lingua dei Segni) come modalità comunicativa utilizzata prevalentemente in famiglia

AUTORIZZA LA PRESENTAZIONE DEL SEGUENTE PIANO INDIVIDUALE

ATTUAZIONE P.I.

data di avvio osservazione/intervento ¹ | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | _ | _ |

data di conclusione | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | _ | _ |

¹ Le ore dedicate dagli operatori esperti in disabilità sensoriale all'osservazione e alla valutazione ambientale sono riconosciute all'interno del Piano Individuale. La data di avvio dell'intervento pertanto coincide con l'inizio dell'osservazione

PROFESSIONISTI COINVOLTI (nome cognome):

- Assistente alla comunicazione _____
- Tiflogo/tiflopedagoga _____
- Pedagogista _____

Referenti servizi specialistici (servizi sanitari, ASST, ecc.) _____

Altri operatori coinvolti (es. Assistente all'autonomia e comunicazione personale fornito dal comune,) _____

Sintesi della fase di Osservazione:

(indicare sinteticamente le attività richieste dalla fase di osservazione in struttura educativa/domicilio e la sua durata)

Rispetto alla/al bambina/o e alla famiglia

Rispetto all'ambiente (struttura educativa/domicilio)

Descrizione del PI:

(descrivere sinteticamente le attività, anche con riferimento alle figure professionali coinvolte, e in accordo con gli operatori del nido, che saranno realizzate per l'attuazione del PI)

Obiettivi da raggiungere:

(descrivere gli obiettivi previsti tenendo conto di quanto emerso dalla fase di osservazione e condiviso con gli operatori del nido)

Rispetto alla/al bambino/a

Rispetto alla struttura educativa

COSTI PREVISTI

- **Assistente alla comunicazione** (€ 23,00/h):
numero ore totali previste _____ Totale Euro _____
- **Tiflogo** (€ 40,00/€ 50,00/h)
numero ore totali previste _____ Totale Euro _____
- **Pedagogista** (€ 40,00/€ 50,00/h)
numero ore totali previste _____ Totale Euro _____

Materiale (max € 400,00):

Tipologia _____

Costo previsto _____

Totale complessivo del Piano Individualizzato Euro (max € 4.800,00) _____

Data, _____

Firma del Referente Ente Erogatore:

Firma del Referente dell'Asilo Nido/micronido/Sezione primavera

Firma del genitore

INCLUSIONE SCOLASTICA DI BAMBINI/ALUNNI/STUDENTI CON DISABILITA' SENSORIALE
ATTESTAZIONE DI REGOLARE ESECUZIONE DEL SERVIZIO INTERMEDIA
ANNO SCOLASTICO _____/_____
DALLA SCUOLA DELL'INFANZIA FINO ALL'ISTRUZIONE SECONDARIA DI SECONDO GRADO E ALLA FORMAZIONE PROFESSIONALE DI SECONDO CICLO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, 445)

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____

Residente in _____

Comune _____ Provincia _____

in qualità di Legale Rappresentante

dell'Ente Erogatore

Con sede legale in

Comune _____ Provincia _____

Codice fiscale/Partita IVA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, previste e richiamate dal D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA ED ATTESTA:

- che il servizio è stato regolarmente eseguito ed attuato a favore dei seguenti alunni/studenti **per i quali si è predisposta la relazione intermedia con la richiesta della seconda quota pari a:**
- 30%**
 - 20%**
 -**altro**

INIZIALI COGNOME/NOME	ID	INDICARE per ciascuno studente QUALI SERVIZI SONO STATI EROGATI: ▪ ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE ▪ TIFLOGOLOGO/TIFLOINFORMATICO ▪ MATERIALE

di dare atto che la spesa sostenuta per lo svolgimento degli interventi svolti nell'a.s. ____/____ viene dettagliata nella Relazione intermedia del Piano Individuale del singolo bambino/alunno/studente;

che n. ____ Piani Individuali sono stati sospesi/interrotti/non avviati per le seguenti motivazioni (per i quali non viene richiesto nessun acconto):

INIZIALI COGNOME/NOME	ID	INDICARE SE: SOSPESI/INTERROTTI/NON AVVIATI e relative motivazioni

Data _____

Firma leggibile del Legale Rappresentante
dell'Ente

Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità se non firmata digitalmente

**INCLUSIONE SCOLASTICA DI BAMBINI/ALUNNI/STUDENTI CON DISABILITA'
SENSORIALE**

RELAZIONE INTERMEDIA DEL PIANO INDIVIDUALE

ANNO SCOLASTICO ____/____

**dalla scuola dell'infanzia fino all'istruzione secondaria di secondo grado e alla
formazione professionale di secondo ciclo**

I dati devono essere indicati alla data del 31.12.2024

ALUNNO/STUDENTE

Cognome _____ Nome _____

CF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ID _____

DENOMINAZIONE ENTE EROGATORE: _____

Tipologia di disabilità:

- UDITIVA
- VISIVA
- DISABILITA' SENSORIALE PLURIMA (VISIVA/UDITIVA)

Specificare inoltre se:

- PLURIDISABILITA': DISABILITA' SENSORIALE ASSOCIATA AD ALTRE DISABILITA'
- FIGLIO DI PERSONA/E CON DISABILITA' SENSORIALE
- CONVIVENTE CON FRATELLO/I CON DISABILITA' SENSORIALE

Scuola _____ Sede _____

- Scuola dell'Infanzia classe _____
- Primaria classe _____
- Secondaria di I grado classe _____
- Secondaria di II grado classe _____

DENOMINAZIONE ENTE EROGATORE

DATI RICAVABILI DAL PEI:

Siete in possesso del PEI?

SI NO

Se sì, caricare copia del progetto educativo individualizzato

Se no, motivare il mancato possesso del Progetto Educativo Individualizzato (PEI):

Segue la Programmazione della classe SI NO

DOCENTE DI SOSTEGNO

SI NO

Numero di ore settimanali previste nel PEI _____

ASSISTENTE PERSONALE PER L'AUTONOMIA (EDUCATORE NOMINATO DAL COMUNE)

SI NO

Numero di ore settimanali previste nel PEI _____

ALTRI SERVIZI COINVOLTI

PIANO INDIVIDUALE:

Data effettiva di avvio dell'intervento _____ (il campo deve coincidere con la prima data segnata nel timesheet)

INTERVENTI ATTIVATI AL 31.12.2024

Assistenza alla Comunicazione (per operatore di riferimento e ore settimanali previste)

Operatore di riferimento: _____

Si confermano i dati dell'operatore indicato nella richiesta di anticipo:

SI

NO: _____ (Nome e Cognome del nuovo operatore)

Ore settimanali previste nel PI n. ____, di cui: a scuola n.____, a domicilio n.____
ore annuali n.____

Ore erogate n.____, di cui: a scuola n.____, a domicilio n.____, per attività da remoto su richieste preventivamente autorizzate e specifiche n.____, per attività esterne previste dalla programmazione scolastica (es. affiancamento tirocinio, gite scolastiche, ecc.) n.____

Interventi Tiflogici/Tifloinformatici (per operatore di riferimento e ore settimanali previste)

Ore annuali previste nel PI n. ____

Consulenza Tiflogica (se prevista)

Operatore di riferimento _____

Si confermano i dati dell'operatore indicato nella richiesta di anticipo:

SI

NO: _____ (Nome e Cognome del nuovo operatore)

Ore erogate n.____, di cui: a scuola n.____, a domicilio n.____, per attività da remoto su richieste preventivamente autorizzate e specifiche n.____, per attività esterne previste dalla programmazione scolastica (es. affiancamento tirocinio, gite scolastiche, ecc.) n.____

Consulenza Tifloinformatica (se prevista)

Operatore di riferimento _____

Si confermano i dati dell'operatore indicato nella richiesta di anticipo:

SI

NO: _____ (Nome e Cognome del nuovo operatore)

Ore erogate n.____, di cui: a scuola n.____, a domicilio n.____ per attività da remoto su richieste preventivamente autorizzate e specifiche n.____, per attività esterne previste dalla programmazione scolastica (es. affiancamento tirocinio, gite scolastiche, ecc.) n.____

Fornitura del materiale didattico speciale e libri di testo (se prevista)

Importo dichiarato nel PI _____ **Importo speso pari a:** _____

Consegnato Non consegnato* Parzialmente consegnato

*specificare le motivazioni

DETTAGLIARE ELENCO DEI MATERIALI ACQUISTATI (non è richiesto l'invio dei giustificativi di spesa, dovranno essere trasmessi con la presentazione del saldo finale):

IMPORTO TOTALE PREVISTO NEL PI: € _____

IMPORTO COMPLESSIVO SPESO AL 31.12.2024: € _____

INTERVENTI ATTIVATI AL 31.12.2024 – PARTE DESCRITTIVA DEGLI INTERVENTI

gli obiettivi descritti nei PI si stanno attuando?

SI NO

GLI OBIETTIVI PREVISTI SI SONO ATTUATI ATTRAVERSO LE SEGUENTI AZIONI:
(elencare massimo 4 azioni prevalenti che riprendano tutte le tipologie di intervento)

MODALITA' DI RACCORDO CON LE FIGURE DI RIFERIMENTO E INCONTRI EFFETTUATI

(indicare il numero di incontri suddivisi per interlocutore in funzione della progettazione e verifica delle attività svolte in raccordo con il PEI e codificati nei timesheet)

- Famiglia n. ____ Servizi Sociali n. ____
- Scuola n. ____ Specialisti n. ____
- incontri collegiali n. ____

SEGNALAZIONI e/o CRITICITA' RILEVATE

AVENDO COMPILATO LA RELAZIONE INTERMEDIA, SI RICHIEDE L' ACCONTO (SECONDA TRANCHE) DEL

- 30%**
- 20%**
- Altro** _____

SUL COSTO DEL PI € _____

SI CONFERMA LA RICHIESTA DELL'EROGAZIONE PARI AL

- 30%**
- 20%**
- Altro** _____

SI NO (selezionare no nel caso in cui il servizio sia stato sospeso/interrotto e si preveda in fase di saldo la restituzione di una quota ad ATS)

IMPORTO EFFETTIVAMENTE RICHIESTO: € _____

Note:

Data _____

Firma leggibile del/gli Operatore/i di riferimento

Firma leggibile del Responsabile dell'Ente

INCLUSIONE SCOLASTICA DI BAMBINI/ALUNNI/STUDENTI CON DISABILITA' SENSORIALE

**RELAZIONE FINALE DEL PIANO INDIVIDUALE
ANNO SCOLASTICO _____/_____**

per alunni/studenti con disabilità sensoriale dalla scuola dell'infanzia fino all'istruzione secondaria di secondo grado e alla formazione professionale di secondo ciclo

ALUNNO/STUDENTE

Cognome _____ Nome _____

CF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ID _____

DENOMINAZIONE ENTE EROGATORE: _____

Tipologia di disabilità:

- UDITIVA
 VISIVA
 DISABILITA' SENSORIALE PLURIMA (VISIVA/UDITIVA)

Specificare inoltre se:

- PLURIDISABILITA': DISABILITA' SENSORIALE ASSOCIATA AD ALTRE DISABILITA'
 FIGLIO DI PERSONA/E CON DISABILITA' SENSORIALE
 CONVIVENTE CON FRATELLO/I CON DISABILITA' SENSORIALE

Scuola/Istituto _____

Sede _____

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia | classe _____ |
| <input type="checkbox"/> Primaria | classe _____ |
| <input type="checkbox"/> Secondaria di I grado | classe _____ |
| <input type="checkbox"/> Secondaria di II grado | classe _____ |

DATI RICAVABILI DAL PEI:

Segue la Programmazione della classe SI NO

DOCENTE DI SOSTEGNO

SI NO

Numero di ore settimanali previste nel PEI _____

ASSISTENTE PERSONALE PER L'AUTONOMIA (EDUCATORE NOMINATO DAL COMUNE)

SI NO

Numero di ore settimanali previste nel PEI _____

ALTRI SERVIZI COINVOLTI

PIANO INDIVIDUALE:

Data effettiva di avvio dell'intervento _____ (il campo deve coincidere con la prima data segnata nel timesheet)

INTERVENTI ATTIVATI DURANTE L'ANNO SCOLASTICO

Assistenza alla Comunicazione (per operatore di riferimento e ore settimanali previste)

Operatore di riferimento: _____

Si confermano i dati dell'operatore presente nel P.I./rettificato alla richiesta di I acconto o comunicato via e-mail

SI

NO: _____ (Nome e Cognome del nuovo operatore)

Ore settimanali previste nel PI n. ____, di cui: a scuola n.____, al domicilio n.____, ore annuali n.____

Ore erogate n.____, di cui: a scuola n.____, al domicilio n.____, a distanza (attività da remoto preventivamente autorizzate e specificate) n. _____

Interventi Tiflogici/Tifloinformatici (per operatore di riferimento e ore settimanali previste)

Ore annuali previste nel PI n. ____

Consulenza Tiflogica (se prevista)

Operatore di riferimento _____

Si confermano i dati dell'operatore presente nel P.I. o sostituito e comunicato via e-mail

SI

NO: _____ (Nome e Cognome del nuovo operatore)

Ore erogate n.____ , di cui: a scuola n.____, al domicilio n.____

Consulenza Tifloinformatica (se prevista)

Operatore di riferimento _____

Si confermano i dati dell'operatore presente nel P.I. o sostituito e comunicato via e-mail

SI

NO: _____ (Nome e Cognome del nuovo operatore)

Ore erogate n.____ di cui: a scuola n.____ al domicilio n.____

Fornitura del materiale didattico speciale e libri di testo (se prevista)

Importo dichiarato nel PI _____ **Importo speso pari a:** _____

ultima data della consegna/acquisto: __/__/__

Autorizzazione alla deroga di acquisto del materiale post 31/01/2025

Consegnato

Non consegnato*

Parzialmente consegnato

*specificare le motivazioni

DETTAGLIARE ELENCO DEI MATERIALI ACQUISTATI (descrivere il materiale presente nelle fatture trasmesse)

IMPORTO TOTALE PREVISTO NEL PI: € _____

IMPORTO COMPLESSIVO SPESO: € _____

INTERVENTI ATTIVATI NELL'A.S. 2024-2025 – PARTE DESCRITTIVA DEGLI INTERVENTI

GLI OBIETTIVI PREVISTI SI SONO ATTUATI ATTRAVERSO LE SEGUENTI AZIONI:

(relazione sintetica evidenziando al massimo 4 azioni prevalenti)

MODALITA' DI RACCORDO CON LE FIGURE DI RIFERIMENTO E INCONTRI EFFETTUATI

(indicare il numero di incontri suddivisi per interlocutore in funzione della progettazione e verifica delle attività svolte in raccordo con il PEI)

Famiglia n. ____ Servizi Sociali n. ____

Scuola n. ____ Specialisti n. ____

incontri collegiali n. ____

GLI OBIETTIVI PER L'ANNO SCOLASTICO SUCCESSIVO:

(proporre massimo 4 obiettivi da raggiungere nell'anno scolastico successivo condivisi con le figure di riferimento)

SEGNALAZIONI E/O CRITICITA' RILEVATE

AVENDO COMPILATO LA RELAZIONE FINALE E RICONOSCIUTO CHE ATS SU QUESTO PI HA GIA' EROGATO LE SEGUENTI CIFRE:

I ACCONTO (pari al 50% + 400€ forfettari): € _____

II ACCONTO (pari al 30%): € _____

I ACCONTO (pari al 70% + 400€ forfettari): € _____

II ACCONTO (pari al 20%): € _____

SI RICHIEDE LA SEGUENTE CIFRA A SALDO: € _____

IMPORTO EFFETTIVAMENTE RICHiesto: € _____

Data _____

Firma leggibile del/gli Operatore/i di riferimento

Firma leggibile del Responsabile dell'Ente

**INCLUSIONE EDUCATIVA DI BAMBINI CON DISABILITA' SENSORIALE
 RELAZIONE FINALE DEL PIANO INDIVIDUALE
 ANNO EDUCATIVO ____/____**

**attivazione del servizio nidi/micronidi pubblici e privati e sezioni primavera della
 scuola dell'infanzia**

DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO

Cognome _____ Nome _____

CF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ID _____

DENOMINAZIONE ENTE EROGATORE: _____

TIPOLOGIA DISABILITÀ:

- Sensoriale Visiva Sensoriale Uditiva Pluridisabilità

Specificare la tipologia di pluridisabilità:

- Sensoriale Visiva in presenza di altra disabilità (specificarla _____)
- Sensoriale Uditiva in presenza di altra disabilità (specificarla _____)
- Sordo - Cieco
- Presenza di genitori con disabilità sensoriale
- Presenza di fratelli/sorelle con disabilità sensoriale
- Utilizzo LIS (Lingua dei Segni) come modalità comunicativa utilizzata prevalentemente in famiglia

Il minore frequenta:

- Asilo Nido Micronido Sezione Primavera

Anno di frequenza:

- 1° 2° 3° Anno di saldatura

Frequenza:

- Tempo pieno Tempo parziale: _____ (specificare)

Denominazione della struttura:

Indirizzo:

Comune:

Tel: _____ E mail: _____

Coordinatore della struttura

Tel: _____ E mail: _____

ALTRI SERVIZI COINVOLTI

PIANO INDIVIDUALE:

Data effettiva di avvio dell'intervento _____ (a partire dall'osservazione/valutazione ambientale)

INTERVENTI ATTIVATI DURANTE L'ANNO EDUCATIVO

Assistenza alla Comunicazione

Operatore di riferimento: _____

Si confermano i dati dell'operatore presente nel P.I. o sostituito e comunicato via e-mail

SI

NO: _____ (Nome e Cognome del nuovo operatore)

Numero ore totali previste nel PI n. ____, di cui: in struttura n.____, al domicilio n.____

Ore totali erogate n.____, di cui: in struttura n.____, al domicilio n.____

Interventi Tiflogici/Pedagogici) (per operatore di riferimento)

Numero ore totali previste nel PI n. ____

Consulenza Tiflogica/Pedagogica (se prevista)

Operatore di riferimento _____

Si confermano i dati dell'operatore presente nel P.I. o sostituito e comunicato via e-mail

SI
 NO: _____ (Nome e Cognome del nuovo operatore)
Ore erogate n. ____, di cui: in struttura n. ____, al domicilio n. _____

Fornitura del materiale didattico speciale (MAX euro 400,00)
Importo dichiarato nel PI _____ Importo speso pari a: _____
ultima data della consegna/acquisto: __/__/__

Consegnato Non consegnato* Parzialmente consegnato
*specificare le motivazioni

DETTAGLIARE ELENCO DEI MATERIALI ACQUISTATI (descrivere il materiale presente nelle fatture trasmesse)

IMPORTO TOTALE PREVISTO NEL PI: € _____

IMPORTO COMPLESSIVO SPESO: € _____

INTERVENTI ATTIVATI NELL'A.E. _____/_____

PARTE DESCRITTIVA DEGLI INTERVENTI:

SINTESI DELLA FASE DI OSSERVAZIONE:

GLI OBIETTIVI PREVISTI SI SONO ATTUATI ATTRAVERSO LE SEGUENTI AZIONI: (relazione sintetica evidenziando al massimo 4 azioni prevalenti)

MODALITA' DI RACCORDO CON LE FIGURE DI RIFERIMENTO E INCONTRI EFFETTUATI
(indicare il numero di incontri suddivisi per interlocutore in funzione della progettazione e verifica delle attività svolte in raccordo con il progetto)

Famiglia n. ____ Servizi Sociali n. ____

Struttura n. ____ Specialisti n. ____

Incontri collegiali n. ____

GLI OBIETTIVI PER L'ANNO SCOLASTICO SUCCESSIVO:

(proporre massimo 4 obiettivi da raggiungere nell'anno scolastico successivo condivisi con le figure di riferimento)

SEGNALAZIONI E/O CRITICITA' RILEVATE

AVENDO COMPILATO LA RELAZIONE FINALE E RICONOSCIUTO CHE ATS SU QUESTO PI HA GIA' EROGATO LE SEGUENTI CIFRE:

I ACCONTO (pari al 50% + 400€ forfettari): € _____

SI RICHIEDE LA SEGUENTE CIFRA A SALDO: € _____

IMPORTO EFFETTIVAMENTE RICHiesto: € _____

Data _____

Firma leggibile del/gli Operatore/i di riferimento

Firma leggibile del Responsabile dell'Ente

**INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI STUDENTI CON DISABILITA' SENSORIALE
 ATTESTAZIONE DI REGOLARE ESECUZIONE DEL SERVIZIO FINALE
 ANNO SCOLASTICO ____/____
 DALLA SCUOLA DELL'INFANZIA FINO ALL'ISTRUZIONE SECONDARIA DI SECONDO
 GRADO E ALLA FORMAZIONE PROFESSIONALE DI SECONDO CICLO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
 (ART. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, 445)**

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____
 Nato/a a _____ Provincia _____ il _____
 Residente in _____

Comune _____ Provincia _____

in qualità di Legale Rappresentante

dell'Ente Erogatore _____

Con sede legale in _____

Comune _____ Provincia _____

Codice fiscale/Partita IVA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, previste e richiamate dal D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA ED ATTESTA:

che il servizio è stato regolarmente eseguito ed attuato a favore dei seguenti bambini/alunni/studenti **per i quali si è predisposta la relazione finale con la richiesta di saldo spettante a consuntivo di quanto effettivamente speso:**

INIZIALI COGNOME/NOME	ID	INDICARE per ciascuno studente QUALI SERVIZI SONO STATI EROGATI: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE ▪ TIFLOGOGO/TIFLOINFORMATICO ▪ MATERIALE

- di dare atto che la spesa sostenuta per lo svolgimento degli interventi svolti nell'a.s. 2024/2025 viene dettagliata nella Relazione finale del Piano Individuale del singolo bambino/alunno/studente;
- che n. _____ Piani Individuali sono stati sospesi/interrotti/non avviati per le seguenti motivazioni (per i quali non viene richiesto nessun saldo)

INIZIALI COGNOME/NOME	ID	INDICARE SE: SOSPESI/INTERROTTI/NON AVVIATI e relative motivazioni

Data _____

Firma leggibile del Legale Rappresentante
dell'Ente

Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità se non firmata digitalmente

**INCLUSIONE EDUCATIVA DI BAMBINI CON DISABILITA' SENSORIALE
 ATTESTAZIONE DI REGOLARE ESECUZIONE DEL SERVIZIO FINALE
 ANNO EDUCATIVO ____/____
 NIDI/MICRONIDI PUBBLICI E PRIVATI E SEZIONI PRIMAVERA DELLA SCUOLA
 DELL'INFANZIA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
 (ART. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, 445)**

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____

Residente in _____

Comune _____ Provincia _____

in qualità di Legale Rappresentante

dell'Ente Erogatore _____

Con sede legale in _____

Comune _____ Provincia _____

Codice fiscale/Partita IVA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, previste e richiamate dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA ED ATTESTA:

che il servizio è stato regolarmente eseguito ed attuato a favore dei seguenti bambini/alunni/studenti **per i quali si è predisposta la relazione finale con la richiesta di saldo spettante a consuntivo di quanto effettivamente speso:**

INIZIALI COGNOME/NOME	ID	INDICARE per ciascuno studente QUALI SERVIZI SONO STATI EROGATI: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE ▪ TIFLOGOGO/PEDAGOGISTA ▪ MATERIALE

- di dare atto che la spesa sostenuta per lo svolgimento degli interventi svolti nell'a.e. ____/____ viene dettagliata nella Relazione finale del Piano Individuale del singolo bambino;
- che n.____ Piani Individuali sono stati sospesi/interrotti/non avviati per le seguenti motivazioni (per i quali non viene richiesto nessun saldo)

INIZIALI COGNOME/NOME	ID	INDICARE SE: SOSPESI/INTERROTTI/NON AVVIATI e relative motivazioni

Data _____

Firma leggibile del Legale Rappresentante
dell'Ente

Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità se non firmata digitalmente

INCLUSIONE EDUCATIVA DI BAMBINI CON DISABILITA' SENSORIALE
CONTROLLI A CAMPIONE 5% DEI PIANI INDIVIDUALI
A.S/A.E ____/____

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)

			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	

			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	
1_ 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	
2_ 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	
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	

			NOTE
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	
1_CV tiflogo 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 tiflogo (Coerenza con ore rendicontate) Periodo di attività: dal ____al ____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Timesheet pedagogo 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	
1_CV tifloinformatico Nome Cognome _____	<input type="radio"/> 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	

			NOTE
Partecipazione al Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione (GLO)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Timesheet pedagista (Coerenza con ore rendicontate) Periodo di attività: dal ___ al ___	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fattura/Busta paga pedagista	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fornitura materiale didattico previsto da PI (entro il 31/01/2024)	<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

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)



INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679

Per il servizio di inclusione scolastica per bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale in relazione a ogni grado di istruzione e alla formazione professionale anno scolastico 2024/2025 – DGR n. 78 del 03/04/2023

Il presente documento ha lo scopo di informarLa circa la liceità e le finalità del trattamento dei dati personali da Lei forniti e che le operazioni di trattamento avverranno nel pieno rispetto dei principi di correttezza e trasparenza nonché di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Pertanto, in armonia con quanto previsto dal Regolamento Europeo 2016/679 (di seguito "Regolamento"), dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 così come modificato dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101 (di seguito il "Codice Privacy"), Le forniamo le seguenti, precise e chiare informazioni sul trattamento dei dati personali, secondo le prescrizioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento.

1. Il Titolare del trattamento.

Il Titolare del trattamento è l'ente pubblico Regione Lombardia, con sede in Piazza Città di Lombardia, 1 - 20124 Milano.

2. Finalità e base giuridica del trattamento.

La informiamo che durante le operazioni di trattamento saranno raccolte le seguenti categorie di dati personali, per le finalità e secondo le basi giuridiche di seguito indicate:

Finalità	Base giuridica	Categorie di dati personali
I Suoi dati personali sono trattati al fine di erogare contributi per l'attivazione di servizi a supporto dell'inclusione scolastica destinati a bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale per l'anno scolastico 2024/2025, in relazione a tutti i gradi di istruzione e ai percorsi di istruzione e formazione professionale.	Il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o l'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare ai sensi dell'art. 6 (1) lett. e) del GDPR, nonché dell'art. 2-ter del Codice Privacy; Il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico rilevante ai sensi dell'art. 9 (2) lett. g) del GDPR, nonché dell'art. 2-sexies del Codice Privacy; Leggi regionali: 6 agosto 2007, n. 19 "Norme sul sistema educativo di istruzione e formazione della Regione Lombardia"; 12 dicembre 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale"	Dati comuni: nome, cognome, codice fiscale, indirizzo di residenza, indirizzo e-mail, telefono, dati relativi ai componenti del nucleo familiare. Dati particolari: dati sanitari attestanti la condizione di disabilità del bambino/alunno/studente e dei suoi familiari.

3. Processo decisionale interamente automatizzato, compresa la profilazione.

I Suoi dati personali non saranno oggetto di alcun processo decisionale interamente automatizzato, ivi compresa la profilazione.

4. Obbligo del conferimento di dati personali. Conseguenze in caso di un eventuale rifiuto.

Il conferimento dei Suoi dati personali, è necessario e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità per il Titolare di svolgere correttamente tutti gli adempimenti, tra cui l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o l'esercizio di pubblici poteri di cui è investito.

5. Comunicazione e diffusione a terzi di dati personali

I destinatari dei Suoi dati personali sono stati adeguatamente istruiti per poter trattare i Suoi dati personali, e assicurano il medesimo livello di sicurezza offerto dal Titolare.

I Suoi dati potranno essere comunicati, per obblighi di legge o per finalità istituzionali, ad altri Titolari autonomi di trattamento dei dati, tra cui enti pubblici o privati quali:

- Comuni di residenza dei bambini/alunni/studenti per l'attività di raccolta e trasmissione alle ATS, mediante la piattaforma di Bandi e Servizi, delle domande corredate dalla documentazione necessaria per l'attivazione dei servizi di supporto all'inclusione scolastica;
- Agenzie di Tutela della Salute (ATS) per l'individuazione e segnalazione all'interessato degli enti qualificati all'erogazione dei servizi di inclusione scolastica per bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriali, per l'autorizzazione alla presa in carico dei bambini/alunni/studenti con disabilità da parte degli enti erogatori e per la validazione dei piani individuali formulati dagli stessi enti erogatori degli interventi, per il monitoraggio dei servizi erogati e l'assegnazione dei contributi;
- Enti erogatori per la presa in carico dei bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale, per la predisposizione del Piano Individuale e per l'erogazione di tutti gli interventi per l'inclusione scolastica.

I Suoi dati personali non saranno diffusi.

Il Titolare del trattamento ha nominato ARIA SpA come Responsabile del trattamento per gestire, sull'applicativo Bandi e Servizi, gli aspetti connessi alla procedura informatica ed elaborare i dati per fornire eventuali report ed assistenza alle ATS per specifiche problematiche.

6. Trasferimenti di dati personali al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

I Suoi dati personali non verranno trasferiti al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

7. Tempi di conservazione.

I Suoi dati personali saranno conservati per un tempo non superiore a 10 anni dalla data di approvazione del relativo decreto di erogazione del saldo finale, tenuto conto del disposto dell'art. 2946 del Codice civile e del Bando, al fine di consentire i controlli sulla regolarità contabile e sull'adempimento relativo al progetto finanziato.

8. I diritti degli interessati.

Lei potrà esercitare, in ogni momento, ove applicabili, i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento UE 679/2016, attraverso una richiesta da inoltrare all'attenzione del Titolare del trattamento.

Tuttavia, Le specifichiamo che, in base a determinate misure legislative introdotte dal diritto nazionale, il Titolare del trattamento, in alcune circostanze, potrà limitare la portata degli obblighi e dei diritti, così come precisato dall'art. 23 del Regolamento e dall'art. 2-undecies del Codice Privacy.

Di seguito i diritti riconosciuti:

- **Diritto di accesso (art. 15)**
- **Diritto alla rettifica (art. 16)**
- **Diritto alla limitazione del trattamento (art. 18)**
- **Diritto di opposizione (artt. 21 e 22)**

Il Titolare del trattamento potrà essere contattato al seguente indirizzo PEC "famiglia@pec.regione.lombardia.it" o trasmettendo la propria richiesta alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale disabilità e Pari Opportunità presso l'ente pubblico Regione Lombardia, con sede in Piazza Città di Lombardia,1 - 20124 Milano.

9. Reclamo all'Autorità di controllo.

Qualora ritenga che il trattamento dei Suoi dati personali avvenga in violazione di quanto previsto dalla normativa vigente, Lei ha il diritto di proporre reclamo al Garante (www.garanteprivacy.it), come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie ai sensi art. 79 del Regolamento.

10. Il Responsabile della Protezione dei Dati.

Il Titolare del trattamento ha nominato un Responsabile della Protezione dei dati (RPD) che potrà essere contattato al seguente indirizzo e-mail: rpd@regione.lombardia.it.

11. Modifiche.

Il Titolare si riserva di aggiornare la presente informativa, anche in vista di future modifiche della normativa in materia di protezione dei dati personali.