



www.aiditalia.org

Coordinamento Regione Liguria
E mail: coordinamento.liguria@aiditalia.org
Sezione di Genova

**Modulo di richiesta di partecipazione al
10° Campus di Informatica per l'Autonomia per adolescenti con DSA**

San Salvatore di Cogorno (GE)
dal 25/08 al 30/08 2015

**Al Referente Scientifico
Prof. Giacomo Stella**

Dati del/la ragazzo/a:

Nome _____ Cognome _____

Età _____ Classe frequentata _____

Insegnante di sostegno sì no

Diagnosi: Dislessia sì no; Disortografia sì no; Disgrafia sì no; Discalculia sì no;

Diagnosi effettuata presso:

Da (specificare il nome dello specialista e la professione):

In data: _____

Ultima valutazione effettuata presso:

Da (specificare il nome dello specialista e la professione):

In data: _____

Dati sulla lettura: si richiede di specificare i risultati delle prove di lettura di parole, e pseudoparole (batteria Sartori, Job, Tressoldi, prova 2 e 3), cioè indicare **velocità (sillabe/secondo) o tempo di lettura per ogni prova (da ultima diagnosi) e correttezza**

Notizie riguardo al/la ragazzo/a:

il/la ragazzo/a possiede il computer: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a possiede un software con sintesi vocale: a casa sì no; a scuola sì no

se sì, quale? _____

il/la ragazzo/a possiede un software per la realizzazione di mappe multimediali:

a casa sì no; a scuola sì no

se sì, quale? _____

il/la ragazzo/a possiede lo scanner: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a ha la possibilità di connettersi a internet: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a utilizza altri strumenti compensativi: a casa sì no; a scuola sì no

se sì, quali? _____

ha già partecipato ad un corso di informatica per l'autonomia: sì no

se sì con chi, quando e dove: _____

quali sono i suoi interessi/hobbies? _____

quali sono le attività che preferisce? _____

quali attività sa fare bene? _____

Competenze informatiche del/la ragazzo/a:

sa usare programmi di videoscrittura: sì no;

sa usare il programma con sintesi vocale: sì no;

sa usare il software per le mappe: sì no;

sa usare lo scanner: sì no;

frequenza d'uso di questi strumenti: quotidiana; settimanale; mensile; sporadica.

Dati dei genitori:

PADRE: Nome _____ Cognome _____

Socio A.I.D. sì no

MADRE: Nome _____ Cognome _____

Socio A.I.D. sì no

Via _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

e-mail: _____

numero di telefono: _____ cellulare: _____

Notizie riguardo ai genitori (per l'informatica dare le informazione del più competente):

sa usare programmi di videoscrittura: sì no;

sa usare il programma con sintesi vocale: sì no;

sa usare il software per le mappe: sì no;

sa usare lo scanner: sì no;

DISPONIBILE A INTERAGIRE VIA MAIL DURANTE IL PERIODO DEL CAMPUS: sì no;

uno dei due genitori ha già partecipato ad un corso di informatica per l'autonomia: sì no,

se sì con chi, quando e dove: _____

Data: _____

Firma

N.B. per la richiesta di partecipazione al campus

Il presente modulo deve essere compilato in tutte le sue parti obbligatoriamente, in STAMPATO MAIUSCOLO. Nel caso di risposte a scelta multipla è necessario segnare una risposta.

È obbligatorio allegare il modulo della privacy firmato, la relazione dell'ultima valutazione e della diagnosi.

Il presente modulo, compilato in tutte le sue parti, deve essere spedito nei tempi con oggetto "richiesta di partecipazione al 10° campus informatica per l'autonomia per adolescenti" Chiavari 2015 tramite posta elettronica all'indirizzo coordinamento.liguria@aiditalia.org

Il modulo della privacy, firmato da entrambi i genitori, e la relazione dell'ultima valutazione e della diagnosi devono essere inviati tramite posta ordinaria a:

Maria Carmela Valente - Via Vinelli 26/5 16043 Chiavari (GE)
Riferimento: Iscrizione Campus Adolescenti 2015

Le richieste dovranno pervenire entro il **30 giugno 2015**; saranno esaminate e selezionate secondo criteri prestabiliti (tipologia e comorbidità del disturbo, severità, età) al fine di avere un gruppo omogeneo.

Entro il **10 luglio 2015** sarà data comunicazione di accettazione o non accettazione tramite posta elettronica.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a Maria Carmela Valente, cell. **335 5646215** oppure scrivere a coordinamento.liguria@aiditalia.org