**Braille – All. 1**



**DIPARTIMENTO SERVIZI EDUCATIVI**

**DIRITTO ALLO STUDIO**

**U.O COORDINAMENTO INTERVENTI E RISORSE PER L’INCLUSIONE SCOLASTICA DEI DISABILI 6/14**

**Via Bazzi, 4 – 10152 TORINO**

**Istituto Scolastico Telefono**

**Studente Plesso Classe a.s. 2023-2024 Sezione**

**Docente referente: Nome e Cognome Telefono**

**E-mail**

**INDICAZIONI TECNICHE DELLA LAVORAZIONE**

**Stampa Braille**: Interpunto ☐ Monofaccia ☐ **Interlinea**: Standard ☐ Doppia (righe alterne) ☐

**Scrittura**: Standard ☐ Facilitata 1 (con spazi tra le lettere e le parole) ☐ Facilitata 2 (con spazi solo tra le parole) ☐ Altro (specificare sotto) ☐

**Ulteriori, eventuali, indicazioni operative:**

**Braille – All. 1**

**ELENCO DEI TESTI PER I QUALI SI RICHIEDE LA FORNITURA IN BRAILLE – A.S. 2023/2024**

| **Titolo** | **Autore** | **Casa Editrice** | **ISBN**  ***(Codice identificativo del libro, di 13 cifre, posto sul retro della copertina sopra al codice a barre)*** | **Trascrizione richiesta**  ***(Integrale o selezioni***  ***da pag. … a pag. …)*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Data ………………………….. Firma docente referente…………………………………..