|  |
| --- |
|  |
| **PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO** |
| ai sensi della L. n.170/2010 “Nuove norme in materia di disturbi specifici d'apprendimento in ambito scolastico” e delle “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento” allegate al D.M. n.5669/2011MOTIVI DI SALUTE(che necessitano di protocolli o misure tecniche particolari) |
|  |
| **a.s. 20\_\_-20\_\_** |
|  |
| **NOME COGNOME** **Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Classe \_^ sez. \_**  |

|  |
| --- |
| **DATI E INFORMAZIONI GENERALI** |
| **🡪 RELATIVI ALL’ALLIEVO** |
| **DATI ANAGRAFICI e RECAPITI** |
|  |
|  | **Cognome e nome** |  |  |
|  | **Luogo e data di nascita** |  |  |
|  | **Residenza** |  |  |
|  | **Indirizzo**  |  |  |
|  | **Telefono/Cellulare** |  |  |

|  |
| --- |
| **NUCLEO FAMILIARE** |
|  |
|  | ***Gr. di parentela*** | ***Cognome e nome*** | ***Data di nascita*** | ***Titolo di***  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | / |  |
|  |
|  L’allievo vive in famiglia ⬜ SI ⬜ NO  |
|  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTAZIONE** |
|  |
|  |
|  |
| **Diagnosi: “………………..”** |
|  |  |  |  |  |
| **Altri disturbi specifici in comorbilità** |  |
|  |
| **Certificazione** |  Data e luogo Rilasciata da   |
|  |

|  |
| --- |
| **EVENTUALI INTERVENTI RIABILITATIVI** |
|  |
| **PREGRESSI** | ⬜ SI ⬜NO |  |
|  |
| **IN CORSO** | SI ⬜NO |
|  |
| **🡪 RELATIVI AL CONTESTO SCOLASTICO** |
| **DESCRIZIONE DELLA SCUOLA** |
|  |
| …… |
| **DESCRIZIONE DELLA CLASSE** |
|  |
| **Classe e sezione:** | …. | **Indirizzo:** …. |
|  |
| ….. |
| **TEAM DOCENTI / CONSIGLIO DI CLASSE** |
|  |
|  | ***Cognome e nome*** | ***Ambito di competenza*** | ***Continuità*** | ***n° anni*** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| Nome del docente coordinatore del Team docenti/Consiglio di classe: **….** |
| **COLLABORAZIONI** |
|  |
| **Scuola-famiglia** | Incontri scuola-famiglia previsti nel Piano Annuale delle attività.Comunicazioni sistematiche e quotidiane ed ulteriori incontri se necessari.Altro…. |
|  |
| **Scuola-équipe psico-medica** | / |
|  |
| **Eventuali altre collaborazioni** | / |
|  |
| **🡪 RELATIVI ALL’ALLIEVO/A NEL CONTESTO SCOLASTICO** |
| **SCOLARITÀ PREGRESSA** |
|  |
|  | ***Dall’a.s.*** | ***Ordine di scuola*** | ***Denominazione dell’Istituto*** | ***Percorso scolastico*** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Nel precedente corso di studi è stato redatto il PDP?  | ⬜ SI ⬜NO  |
|  |
| Se sì la scuola ne è in possesso? |  ⬜ SI ⬜ NO |
|  |

|  |
| --- |
| **FREQUENZA NELL’A.S. IN CORSO** |
|  |
| **Frequenza regolare** | ⬜ SI ⬜ NO |  |
|  |
|

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE DELL’ALUNNO/A e dei supporti necessari**  |
|  |
| L’attuale quadro clinico dell'alunno/a non compromette il regolare svolgimento delle attività didattiche e l’apprendimento nelle diverse discipline | ⬜ SI ⬜ NO |  |

Descrizione necessità/ protocollo urgenza… |

|  |
| --- |
| **RAPPORTI CON LA FAMIGLIA** |

**La famiglia si impegna a:**

- collaborare con il corpo docente, segnalando eventuali situazioni di disagio

- comunicare eventuali variazioni/integrazioni di gestione.

Il presente PDP è soggetto a verifiche in itinere durante l’anno scolastico e ad eventuali integrazioni/variazioni concordate fra le parti.

**Il Team docenti/Consiglio di classe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ambito/Disciplina di competenza*** | ***Cognome e nome del docente*** | ***Firma*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **La Dirigente Scolastica** |
|  |  | *Dott..ssa Patrizia Atzori* |
|  |  |  |

*Consapevoli di quanto previsto all’art. 155 c.c., novellato dalla legge 8 febbraio 2006, n. 54, riguardo ai doveri relativi alla potestà genitoriale (“La potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all’istruzione, all’educazione e alla salute sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell’inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice”)* ***la presente segnalazione è sottoscritta dai Sigg.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | *(Nominativo e firma genitore)* |  |  | *(Nominativo e firma genitore)* |

|  |
| --- |
| *Data l'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, per la seguente motivazione* |
|  |
| *“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.* |
|  |  |  |  |  |
|  | *(Nominativo e firma genitore)* |  |  |  |
|  |  |  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| *(Luogo)* |  | *(data)* |  |