



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
 Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
 Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
 Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

Prot. n. 7994/4.8
 Circ. n. 64
 Cagliari, 31/10/2016
 Al Sito web

Ai docenti di sostegno

Ai docenti dei team interessati
 Tutte le sedi
 Al Vicario
 Al II collaboratore
 Ai Referenti di Plesso
 Alla Funzione Strumentale
 Al DSGA
 Alle AA sig.re Tiziana Collu

OGGETTO: Adempimenti relativi all'organizzazione del servizio di sostegno agli alunni disabili a.s. 2016/2017.

Al fine di verificare la situazione reale relativa all'organizzazione del servizio di sostegno, l'Ufficio Scolastico Territoriale di Cagliari richiede alcuni dati che riguardano gli alunni disabili presenti nel nostro Istituto.

In primo luogo si segnala che relativamente alla certificazione della situazione di handicap da parte dei soggetti competenti, i Docenti di sostegno dovranno interpellare i genitori per la eventuale richiesta di diagnosi funzionale alla A.S.L. territoriale di riferimento e alla possibile visita medico - collegiale di cui all'art. 2 del DPCM n. 185 del 23.2.2006 . inoltre vorranno prestare particolare attenzione al termine di rivedibilità eventualmente presente nella certificazione agli atti della scuola.

In tali casi gli stessi docenti si devono attivare con i genitori per il rinnovo della medesima certificazione.

Sia le nuove segnalazioni che la revisione, con i dovuti adempimenti vanno comunicati per iscritto all'Ufficio di Presidenza e consegnati dalle famiglie in busta chiusa presso la Segreteria della scuola.

Si fa presente che l'osservanza della procedura che segue costituisce **condizione essenziale per la determinazione e l'assegnazione delle risorse da parte dell'Ufficio Scolastico Territoriale.**

entro e non oltre il 14/11/2016

le SS. LL. in indirizzo (ciascuno per la classe in cui opera) dovranno compilare e trasmettere all'ufficio di Presidenza (copia cartacea

firmata e in file al seguente indirizzo mail: caic89300g@istruzione.it i documenti allegati alla presente e pubblicati sul Sito web dell'Istituto.

- **COPIA DEL PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO DI CIASCUN ALUNNO DISABILE**
- (già trasmesso via mail a tutti i docenti di sostegno dalla Funzione Strumentale Area 3), firmato da tutti i componenti INDICATI NEL MEDESIMO PEI.

In esso devono essere necessariamente esplicitati i seguenti punti:

- dati anagrafici e scolastici dell'alunno;
- valutazione delle competenze acquisite;
- competenze da acquisire (obiettivi a breve-medio-lungo termine);
- contenuti scelti;

- metodi e tecniche adottati;
- criteri e modalità di valutazione;
- personale, docente e non docente, impegnato nel progetto educativo e ambito di competenza;
- data di definizione e data di presentazione alla famiglia da parte del Consiglio di classe.

Si ricorda che, ai sensi del D.P.R. 24 febbraio 1994, il P.E.I. è redatto congiuntamente dagli operatori sanitari individuati dalla ASL e dai docenti curricolari e di sostegno della scuola, in collaborazione con i genitori o gli esercenti la potestà parentale dell'alunno.

Si sottolinea l'importanza del coinvolgimento dei genitori che costituisce fase necessaria del complesso processo di organizzazione del servizio di sostegno agli alunni disabili e la necessità di prevedere incontri preliminari per i Consigli di Classe in cui sono inseriti alunni disabili prima della seduta del Consiglio di classe in cui viene definito e presentato formalmente il P.E.I.

- **ALLEGATO B**, contenente le informazioni relative al contesto in cui è inserito ciascun alunno in situazione di handicap;
- **ALLEGATO C**, contenente i dati professionali dell'insegnante di sostegno (da compilare solo dai docenti titolari o con incarico annuale).

Si richiama, infine, l'attenzione sulla necessità del rigoroso rispetto delle norme a tutela della privacy contenute nel D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (cd. Codice privacy). I procedimenti richiamati dalla presente nota, infatti, hanno per oggetto non solo "dati personali", oggetto di per sé di specifica tutela, ma anche e soprattutto dati "sensibili" per i quali, in quanto idonei a rivelare lo stato di salute degli interessati, la normativa sopra richiamata prevede un particolare livello di protezione.

I Collaboratori del D. S., la Funzione Strumentale e i Referenti di Plesso cureranno il puntuale adempimento di quanto espresso.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Rosa Maria Manca





MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

Allegato D Bis all'Accordo di Programma-Quadro promosso dal GLIP dell'USR
Ufficio V Ambito Territoriale Provincia di Cagliari
MODELLO PER SCUOLA PRIMARIA

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

Anno Scolastico 2016/2017 Classe _____ Sez. _____

ALUNNO		
Cognome	Nome	Data di nascita
Luogo di nascita	Residenza	Telefono

NUMERO DI ALUNNI DELLA CLASSE:

NUMERO DI ALUNNI CON BES NELLA CLASSE:

(numero inferiore o superiore)

QUADRO ORARIO DELLA CLASSE

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
8,30/9,30						
9,30/10,30						
10,30/11,30						
11,30/12,30						
12,30/13,30						
13,30/14,30						
14,30/15,30						
15,30/16,30						

QUADRO ORARIO DEL DOCENTE DI SOSTEGNO

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
8,30/9,30						
9,30/10,30						
10,30/11,30						
11,30/12,30						
12,30/13,30						

13,30/14,30						
14,30/15,30						
15,30/16,30						

Sintesi della diagnosi funzionale:

La scuola è in possesso di certificazione medica	SI	NO	Data:
La scuola è in possesso della L.104	SI	NO	Data: Revisione:
La scuola è in possesso di Diagnosi Funzionale	SI	NO	Data:

CARATTERISTICHE FISICHE

▪ Buono stato di salute	SI	NO
▪ Armonia sta/ponderale	SI	NO
▪ Presenta dismorfismi se SI, quali?	SI	NO
▪ Buona funzionalità visiva	SI	NO
▪ Difficoltà di fonazione	SI	NO
▪ Buona funzionalità uditiva	SI	NO
▪ Utilizza protesi sanitarie o ausili tecnici se SI, quali?	SI	NO

Esperienze scolastiche precedenti:

▪ Interventi riabilitativi se SI, quali?	SI	NO
▪ Trattamenti farmacologici	SI	NO
▪ In orario scolastico	SI	NO
Nome somministratore e ruolo		
N. protocollo somministrazione		

FUNZIONALITA' PSICOMOTORIA

▪ Coordinazione dinamica generale	SI	NO
▪ Dominanza laterale: destra <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> crociata <input type="checkbox"/> non acquisita <input type="checkbox"/>		
▪ Motricità fine	SI	NO
▪ Coordinazione spazio – temporale	SI	NO

CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI					
▪ Aggressività	SI	NO	▪ Dipendenza	SI	NO
▪ Partecipazione	SI	NO	▪ Accettazione regole	SI	NO
▪ Eventuali altre osservazioni:					

EXTRASCUOLA ED EDUCATIVA					
Ha l'educatore a scuola monte ore: 10	SI	NO	Ha l'educatore a casa	SI	NO
Fa attività extrascolastiche	SI	NO	se SI, quali:		

QUADRO FAMILIARE					
Grado di parentela	Nome e Cognome		Età	Studi compiuti	Professione
▪ L'alunno vive in famiglia	SI	NO			
se NO dove?					

**VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITÀ E DELLE COMPETENZE ACQUISITE NELLE
SEGUENTI AREE:**

AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA (livello di sviluppo cognitivo, attenzione, memoria, processi di selezione – recupero - elaborazione dell'informazione, tempi e modalità di apprendimento).	
PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
▪	▪

AREA PSICO-MOTORIO-PRASSICA (schema corporeo, percezione, coordinazione motoria, lateralizzazione e coordinazione oculo-manuale, orientamento spazio-temporale, motricità fine, motricità globale, autonomia personale).	
PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
▪	

AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE (autostima, motivazione, partecipazione, integrazione, relazione interpersonale,).	
PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
▪	

AREA COMUNICATIVO-LINGUISTICA (ascolto, comprensione e produzione dei linguaggi verbali e non verbali, lettura, scrittura, competenze linguistiche, capacità comunicative, espressive e pragmatiche).	
PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
▪	▪

AREA LOGICO-MATEMATICA (forme e colori, concetti topologici, processi di seriazione e di classificazione, concetto di quantità e di numero, calcolo scritto e mentale, logica, risoluzione di problemi, capacità di astrazione).	
PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
▪	▪

AREA: SENSORIALE-PERCETTIVA (funzionalità visiva e uditiva).

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
▪	▪

AREA DELLE AUTONOMIE (personale, scolastica, sociale).	
PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
▪	▪

PROPOSTA EDUCATIVO-DIDATTICA GENERALE

Competenze da acquisire

1) OBIETTIVI GENERALI

(Individuare e definire obiettivi generali, anche in riferimento alla programmazione della classe)



OBIETTIVI SPECIFICI A BREVE E MEDIO TERMINE *(Individuare e definire obiettivi, specifici e verificabili, anche in riferimento alla programmazione della classe)*



OBIETTIVI SPECIFICI A LUNGO TERMINE *(Individuare e definire obiettivi, specifici e verificabili, anche in riferimento alla programmazione della classe)*



2) IPOTESI OPERATIVA (metodologie didattiche e tecniche adottate).

RISORSE (spazi, materiali e sussidi didattici).

MODALITA' DELL'INSERIMENTO (nella sezione, nella classe, nel plesso)

PERSONALE IMPEGNATO NEL PROGETTO EDUCATIVO E AMBITO DI COMPETENZA (docenti di classe e di sostegno, assistente qualificato)

3) CRITERI E MODALITA' DI VALUTAZIONE

ALTRE FIGURE COINVOLTE

Operatori coinvolti Indicare i nominativi degli operatori coinvolti nell'attuazione degli interventi: operatori ASL, operatori Amm.ne comunale o provinciale, collaboratori scolastici, genitori o tutore, altre figure professionali.

Risorse territoriali utili a perseguire gli obiettivi Indicare le risorse territoriali che possono essere utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi

Firme per la condivisione del documento

cognome	nome	ruolo	firma
		docente	
		docente	
		docente	
		tutore	
		referente A.S.L.	
		referente centro convenzionato	
		OPP	
		docente di sostegno	
		educatore	
		madre/tutore	
		padre/tutore	

Il Dirigente Scolastico



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

*Allegato D Bis all'Accordo di Programma-Quadro promosso dal GLIP dell'USR-Ufficio V Ambito Territoriale
provincia di Cagliari*

MODELLO PER SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

PLESSO _____

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

Anno Scolastico _____ Classe _____ Sez. _____

ALUNNO		
cognome	nome	data di nascita
luogo di nascita	residenza	telefono

NUMERO DI ALUNNI DELLA CLASSE:

NUMERO DI ALUNNI CON BES NELLA CLASSE

(numero inferiore o superiore)

QUADRO ORARIO DELLA CLASSE

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
1 ^a ora						
2 ^a ora						
3 ^a ora						
4 ^a ora						
5 ^a ora						
6 ^a ora						
7 ^a ora						
8 ^a ora						

QUADRO ORARIO DEL DOCENTE DI SOSTEGNO

(indicare con asterisco le ore di presenza dell'educatore)

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
1 ^a ora						
2 ^a ora						
3 ^a ora						
4 ^a ora						
5 ^a ora						



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

6 ^a ora						
7 ^a ora						
8 ^a ora						

Sintesi diagnosi funzionale:

La scuola è in possesso di certificazione medica	SI	NO	Data:
La scuola è in possesso della L.104	SI	NO	Data: Revisione:
La scuola è in possesso di Diagnosi Funzionale	SI	NO	Data

CARATTERISTICHE FISICHE					
▪ Buono stato di salute	SI	NO	▪ Difficoltà di fonazione	SI	NO
▪ Armonia sta/ponderale	SI	NO	se SI, quali?		
▪ Presenta dismorfismi	SI	NO			
se SI, quali? _____			▪ Buona funzionalità visiva	SI	NO
			▪ Buona funzionalità uditiva	SI	NO
▪ Utilizza protesi sanitarie o ausili tecnici				SI	NO
Se SI, quali?					
▪ Esperienze scolastiche precedenti:					

▪ Interventi riabilitativi	SI	NO
Se SI, quali?		
▪ Trattamenti farmacologici	SI	NO
▪ In orario scolastico	SI	NO
Nome somministratore e ruolo		
N. protocollo somministrazione		



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI					
▪ Aggressività	SI	NO	▪ Dipendenza	SI	NO
▪ Partecipazione	SI	NO	▪ Accettazione regole	SI	NO
▪ Eventuali altre osservazioni:					

FUNZIONALITA' PSICOMOTORIA					
▪ Coordinazione dinamica generale				SI	NO
▪ Dominanza laterale:		destra <input type="checkbox"/>	sinistra <input type="checkbox"/>		
		crociata <input type="checkbox"/>	non acquisita <input type="checkbox"/>		
▪ Motricità fine				SI	NO
▪ Coordinazione spazio – temporale				SI	NO

SERVIZIO E INTERVENTI DI SUPPORTO INTEGRATI CON IL COMUNE DI RESIDENZA	
Educatore in orario scolastico (nome e cognome)	
Monte ore settimanale educatore in orario scolastico	
Educatore domiciliare (nome e cognome)	
Monte ore settimanale educatore domiciliare	

ALTRI SOGGETTI COINVOLTI IN INTERVENTI DI CARATTERE RIABILITATIVO	
Nominativo dell'operatore	
Tipologia di intervento	<input type="checkbox"/> logopedico <input type="checkbox"/> fisioterapico <input type="checkbox"/> psicomotorio <input type="checkbox"/> altro (specificare)
Monte ore intervento settimanale	



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"**

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

Sede dell'intervento	
Tempo dell'intervento	<input type="checkbox"/> orario scolastico <input type="checkbox"/> orario extrascolastico
Specificare tempo in orario scolastico	
<i>è possibile replicare i campi e/o l'intera tabella, se sono coinvolti più soggetti</i>	

ALTRI SOGGETTI COINVOLTI IN INTERVENTI DI CARATTERE SOCIALE	
Nominativo dell'operatore	
Tipologia di intervento	<input type="checkbox"/> gruppo sportivo <input type="checkbox"/> centro di aggregazione <input type="checkbox"/> centro diurno <input type="checkbox"/> altro (specificare)
Monte ore intervento settimanale	
Sede dell'intervento	
Tempo dell'intervento	<input type="checkbox"/> orario scolastico <input type="checkbox"/> orario extra scolastico
Specificare tempo in orario scolastico	
<i>è possibile replicare i campi e/o l'intera tabella, se sono coinvolti più soggetti</i>	

QUADRO FAMILIARE				
Grado di parentela	Nome e Cognome	Età	Studi compiuti	Professione
▪ L'alunno vive in famiglia		SI	NO	



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

Se NO, dove?



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

**VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITÀ E DELLE COMPETENZE ACQUISITE
NELLE SEGUENTI AREE:**

1. AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA (livello di sviluppo cognitivo, attenzione, memoria, processi di selezione – recupero - elaborazione dell'informazione, tempi e modalità di apprendimento).	
<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>SINTESI DEI BISOGNI</i>
2. AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE (autostima, motivazione, partecipazione, relazione interpersonale, integrazione).	
<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>SINTESI DEI BISOGNI</i>
3. AREA SENSORIALE-PERCETTIVA (funzionalità visiva e uditiva).	
<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>SINTESI DEI BISOGNI</i>
4. AREA DELLE AUTONOMIE (personale, scolastica, sociale).	
<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>SINTESI DEI BISOGNI</i>
5. AREA PSICO-MOTORIO-PRASSICA (schema corporeo, percezione, coordinazione motoria, lateralizzazione e coordinazione oculo-manuale, orientamento spazio-temporale, motricità fine, motricità globale, autonomia personale).	
<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>SINTESI DEI BISOGNI</i>



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

6. AREA COMUNICATIVO-LINGUISTICA (ascolto, comprensione e produzione dei linguaggi verbali e non verbali, lettura, scrittura, competenze linguistiche, capacità comunicative, espressive e pragmatiche).

PUNTI DI FORZA

SINTESI DEI BISOGNI

7. AREA LOGICO-MATEMATICA (forme e colori, concetti topologici, processi di seriazione e di classificazione, concetto di quantità e di numero, calcolo scritto e mentale, logica, risoluzione di problemi, capacità di astrazione).

PUNTI DI FORZA

SINTESI DEI BISOGNI



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

PROPOSTA EDUCATIVA

(individuare gli obiettivi - generali e specifici - verificabili, relativamente all'area presa in esame, anche in riferimento alla programmazione di classe)

1. AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA Obiettivi Generali:		
Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine
2. AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE Obiettivi Generali:		
Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine
3. AREA SENSORIALE E PERCETTIVA Obiettivi Generali:		
Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine
4. AREA DELLE AUTONOMIE Obiettivi Generali:		



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine

5. AREA PSICO-MOTORIO-PRASSICA

Obiettivi Generali:

Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine

6. AREA COMUNICATIVO-LINGUISTICA

Obiettivi Generali:

Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine

7. AREA LOGICO-MATEMATICA

Obiettivi Generali:

Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

MODALITÀ DI ATTUAZIONE

(anche in riferimento alla classe)

Modalità operativa (definire come si deve operare per raggiungere gli obiettivi, nella sezione, nella classe, nel plesso):

Strategie e/o tecniche (definire quali si intendono applicare):

Operatori coinvolti (indicare i nominativi degli operatori coinvolti nell'attuazione degli interventi: docenti, operatori ASL, operatori Amm.ne Comunale o Provinciale, collaboratori scolastici, genitore o tutore, altre figure professionali):

Sussidi e materiali utili a perseguire gli obiettivi (sussidi, strumenti, ausili di tipo didattico, tecnologico, sanitario, riabilitativo, che si intende utilizzare per perseguire gli obiettivi):

Risorse territoriali (indicare le risorse territoriali che possono essere utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi):

VALUTAZIONE

Criteri e metodi di valutazione (indicare come verrà verificato il raggiungimento degli obiettivi):



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it

Firme per la condivisione del documento

cognome	nome	ruolo	firma
		docente	
		docente	
		docente	
		docente	
		docente	
		docente	
		docente	
		tutore	
		referente A.S.L.	
		referente centro convenzionato	
		funzione strumentale per l'handicap	
		docente di sostegno	
		educatore	
		madre/tutore	
		padre/tutore	

Il Dirigente Scolastico



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELLA RICERCA E DELL'UNIVERSITÀ
ISTITUTO COMPRENSIVO "SANTA CATERINA"

Uffici di Direzione e Segreteria: via Canelles 1, Cagliari
Tel. 070/662525; Fax 070/652017-C.M.:CAIC89300G; C.F.: 92200320924
Email: caic89300g@istruzione.it ; PEC: caic89300g@pec.istruzione.it
Site web: www.istitutocomprensivosantacaterina.it



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SARDEGNA
DIREZIONE GENERALE
 Ufficio ___ - Ambito territoriale per la provincia di _____

DATI PROFESSIONALI DOCENTE DI SOSTEGNO

Da compilare a cura dei docenti titolari o incaricati fino al 31 agosto o al 30 giugno
 a.s. 2016/17

ISTITUTO ⁽¹⁾ Plesso/sez.staccata/sez.associata ⁽²⁾

DATI PERSONALI DEL DOCENTE

Nome Cognome
 Comune di residenza Indirizzo Tel.....

POSIZIONE GIURIDICA

- Incarico a **Tempo Indeterminato**:
 di ruolo sul sostegno dal .../.../...
 utilizzato sul sostegno per a.s. 2015/16 da cl. di Concorso
- Incarico a **Tempo Determinato**:
 Incarico dell'U.S.T. fino al .../.../...
 Incarico del D.S. fino al .../.../...

SERVIZIO a.s. 2016/2017 Ordine di scuola: INFANZIA PRIMARIA SEC. 1°grado SEC. 2°grado
 Cattedra intera ⁽³⁾:
 Cattedra orario ⁽⁴⁾: _____ ore ^(a) +
 _____ ore ^(b) + _____ ore ^(b)
 Part time: n° ore _____

CONTINUITA' NELLA STESSA SCUOLA sì no n° anni di continuità

ABILITATO/A ⁽⁵⁾ per la classe di concorso Disciplina.....

APPARTENENTE ALL'AREA: ⁽⁶⁾ AD01 AD02 AD03 AD04

TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE POSSEDUTO: ⁽⁷⁾

- Diploma biennale di specializzazione per minorati psicofisici
 Diploma biennale polivalente
 Diploma monovalente per minorati della vista
 Diploma monovalente per minorati dell'udito
 Diploma di specializzazione intensivo
 Diploma di specializzazione conseguito alla SSIS

(1) Indicare la denominazione dell'Istituzione scolastica.

(2) Indicare plesso e comune se diverso dalla sede principale; per gli Istituti di Istruzione Superiore indicare la tipologia e il comune della sede associata.

(3) Cattedra formata all'interno della stessa tipologia di Istituto.

(4) Cattedra formata dall'unione di spezzoni di più scuole (massimo 3 scuole su due comuni): (a) indicare la scuola di titolarità e le ore; (b) indicare la/e scuola/e di completamento e le ore.

(5) Solo per i docenti di scuola secondaria di 1° e 2° grado.

(6) Solo per i docenti di scuola secondaria di 2° grado.

(7) Barrare le voci interessate.

**N.B.: IN CASO DI ASSENZA DEL DOCENTE TITOLARE O INCARICATO FINO AL 31 AGOSTO O AL 30 GIUGNO,
 LA SEGRETERIA AVRÀ CURA DI COMPILARE TALE SCHEDA.**

Firma insegnante di sostegno

Data .../.../...

Firma del Dirigente Scolastico



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
 UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DELLA SARDEGNA
 DIREZIONE GENERALE
 Ufficio ___ - Ambito territoriale per la provincia di _____

DATI ALUNNO DISABILE E CONTESTO SCOLASTICO

a.s. 2016/17

ISTITUTO..... plesso/sez. staccata/sez. associata.....

DATI ALUNNO

NOME COGNOME DATA DI NASCITA .../.../.....

Comune di residenza..... Indirizzo Tel.....

ORDINE DI SCUOLA FREQUENTATA ⁽¹⁾				CLASSE E SEZIONE	TOTALE ALUNNI DISABILI NELLA CLASSE	TOTALE ALUNNI DELLA CLASSE ⁽²⁾
INFANZIA <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SEC. I GRADO <input type="checkbox"/>	SEC. II GRADO <input type="checkbox"/>			

SOLO PER IL PRIMO CICLO → ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA E TEMPO SCUOLA DELLA CLASSE ⁽³⁾

INFANZIA		PRIMARIA		SEC. I GRADO	
ORARIO NORMALE <input type="checkbox"/>	h.....	TEMPO SCUOLA ORDINARIO <input type="checkbox"/>	h.....	TEMPO SCUOLA ORDINARIO <input type="checkbox"/>	h.....
ORARIO RIDOTTO <input type="checkbox"/>	h.....	TEMPO PIENO <input type="checkbox"/>	h.....	TEMPO PROLUNGATO <input type="checkbox"/>	h.....

ORARIO SETTIMANALE DELLE LEZIONI DELLA CLASSE CON ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP ⁽⁴⁾

Mattino	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
Mensa	dalle orealle ore					
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						

Insegnante/i di sostegno ⁽⁵⁾ ore di sostegno

ORARIO SETTIMANALE DELL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO ⁽⁵⁾

Mattino	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
Mensa	dalle orealle ore					
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						

Presenza nella classe di altri alunni in situazione di handicap ⁽⁷⁾:

ASSENZE al 15/10/2016

Settembre	n°	Se il numero delle assenze è elevato, esplicitare la motivazione.
Settembre	n°
Ottobre	n°
Ottobre	n°

L'ALUNNO USUFRUISCE DI RIDUZIONE DELL'ORARIO SCOLASTICO? ⁽⁸⁾	SI	N° ORE SETTIMANALI DI FREQUENZA	h.....	ORARIO DI FREQUENZA GIORNALIERO	
	NO			DALLE ORE.....	ALLE ORE.....

L'ALUNNO USUFRUISCE DELLA CONTINUITA' DIDATTICA DELL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO? ⁽⁹⁾	SI	MOTIVAZIONI.....
	NO

L'ALUNNO USUFRUISCE DELLA CONTINUITA' DIDATTICA DEGLI INSEGNANTI CURRICOLARI? ⁽⁹⁾	SI	MOTIVAZIONI.....
	NO

L'ALUNNO USUFRUISCE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA FORNITA DAGLI EE.LL.? ⁽⁸⁾	SI	N° ORE SETTIMANALI	ORE DISTRIBUITE NELL'ARCO DELLA SETTIMANA				
	NO		Totale h.....	Lun	Mar	Mer	Giov

L'ALUNNO USUFRUISCE, DURANTE L'ORARIO SCOLASTICO, DELL'INTERVENTO DI FIGURE SPECIALISTICHE ESTERNE? ⁽⁸⁾	SI	TIPOLOGIA DI INTERVENTO		CALENDARIO DEGLI INTERVENTI			
		PSICOMOTRICITA'		Lun.	dalle alle	Giov.	dalle alle
	NO	LOGOPEDIA		Mar.	dalle alle	Ven.	dalle alle
		ALTRO		Mer.	dalle alle	Sab.	dalle alle

EVENTUALE RIPETENZA DELLA CLASSE FREQUENTATA	SI	UN ANNO	EVENTUALE RIPETENZA DELLE CLASSI PRECEDENTI NEL MEDESIMO ORDINE DI SCUOLA	SI
		DUE ANNI		
	TRE ANNI			
	PIU' ANNI			

MODALITA' DI INTERVENTO

In relazione a quanto programmato nel Piano Educativo Individualizzato si comunica quanto segue: ⁽¹⁰⁾

a) ore settimanali di compresenza dell'insegnante di sostegno all'interno della classe; n°....

b) ore settimanali eventualmente destinate ad attività per piccoli gruppi da realizzare in classe; n°....

c) ore settimanali eventualmente destinate ad attività per piccoli gruppi da realizzare nei laboratori della scuola; n°....

d) ore settimanali eventualmente destinate ad attività individualizzata all'esterno della classe (specificare finalità e luogo). n°....

.....

.....

SOLO PER LA SCUOLA SECONDARIA

- L'ALUNNO SEGUE: la programmazione della classe una programmazione differenziata la programmazione differenziata solo per alcune discipline

- NEL CASO L'ALUNNO SEGUA UNA PROGRAMMAZIONE DIFFERENZIATA (anche se solo per alcune discipline) **la famiglia:**
è stata ufficialmente informata SI NO **ha dato il suo formale consenso** SI NO

- PER GLI ALUNNI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI 2° GRADO INDICARE LA VOCE INTERESSATA:
l'alunno ha conseguito diploma conclusivo del 1° ciclo / licenza media
 attestato

Firma insegnante/i di sostegno

Firma del coordinatore del consiglio di classe

Data / /

Firma del Dirigente Scolastico

- (1) Fare una crocetta nella casella corrispondente all'ordine di scuola.
- (2) Il numero indicato deve comprendere alunni h e alunni normodotati.
- (3) Indicare con una crocetta il tipo di organizzazione scolastica e quantificare in ore il tempo scuola settimanale della classe.
- (4) Scrivere le discipline o gli ambiti disciplinari (campi d'esperienza per la scuola materna) e indicare con un asterisco rosso le ore di contemporaneità dei docenti curricolari, comprese le ore di contemporaneità della mensa.
- (5) Scrivere il nome dell'insegnante specializzato in stampatello.
- (6) Qualora in una stessa classe, con uno o più alunni in situazione di handicap, operino diversi docenti specializzati dovranno essere indicate le ore per ogni docente, le aree di intervento e le motivazioni di tale scelta.
- (7) Indicare i nominativi degli altri alunni disabili della stessa classe.
- (8) Se "si", completare anche gli altri riquadri della stessa riga.
- (9) Se "no", indicare le motivazioni.
- (10) Il totale delle ore indicate ai punti a-b-c-d deve coincidere con le ore di sostegno assegnate alla classe.