|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| image1.png | image2.png  ***Ministero dell'Istruzione***  **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VESTONE**  via Mocenigo 19 - 25078 Vestone (Brescia) Tel: 0365 81169 - Fax: 0365 820410  e-mail uffici: [bsic8ae003@istruzione.it](mailto:bsic8ae003@istruzione.it)  PEC: [bsic8ae003@pec.istruzione.it](mailto:bsic8ae003@pec.istruzione.it)  www.icsvestone.gov.it  C.F. 96034830172  Risultati immagini per pon |  |

**BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI**

**PDP – DSA (disturbi specifici di apprendimento)**

**(PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO PER ALUNNI CON DSA / DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI)**

**LEGGE REGIONE LOMBARDIA 4 FEBBRAIO 2010 N. 2 - LEGGE 18 OTTOBRE 2010 N. 170 - DISPOSIZIONI CONTENUTE NEL DPR N. 122 DEL 2009**

Cognome Nome

Luogo di nascita Data

**Istituzione scolastica ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VESTONE**

**Indirizzo e recapiti telefonici via Mocenigo 19 - 25078 Vestone (Brescia) Tel: 0365 81169 - Fax: 0365 820410**

**Anno scolastico Classe/sezione**

**GRUPPO DI LAVORO**

**Dirigente scolastico**

|  |
| --- |
| Cognome e nome Prof. FERRETTI PAOLO |

**Gruppo Docente/Consiglio di classe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Docente di** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Genitori**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome | Riferimenti telefonici |
|  |  |

**Responsabile ASL/UONPIA (o suo delegato)**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome | Riferimenti telefonici |
|  |  |

**DIAGNOSI: certificazione rilasciata da in data**

**Bisogno educativo individuato:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Area BES** | **Descrizione del bisogno** |
| **Disturbi Evolutivi specifici - DSA** | **ICD 10 F.81- DISTURBO SPECIFICO DELL’APPRENDIMENTO:**  **Disturbo specifico della scrittura - Disortografia (ICD 10: F 81.1)**  **Difficoltà di lettura** |

Il consiglio di classe nomina al suo interno l’insegnante  **referente** che costituisca il punto di riferimento organizzativo e garantisca la continuità:

* nel rapporto con la famiglia e altri servizi
* nel coordinamento delle attività
* nella tenuta della documentazione

**DATI RELATIVI L’ALUNNO DERIVANTI DALLE OSSERVAZIONI FATTE IN CLASSE**

**DESCRIZIONE DEL FUNZIONAMENTO DELLE ABILITÀ STRUMENTALI (lettura, scrittura, calcolo)**

**CARATTERISTICHE DEL PROCESSO DI APPRENDIMENTO (lentezza, caduta nei processi di automatizzazione, difficoltà a memorizzare sequenze, difficoltà nei compiti di integrazione)**

**DESCRIZIONE DELLE POTENZIALITÀ’ CHE CARATTERIZZANO L’ALLIEVO (ad esempio: capacità di relazionarsi con gli altri, forza di volontà nel raggiungimento degli obiettivi, abilità da valorizzare, pensiero logico ben strutturato, ecc..):**

**LA CONSAPEVOLEZZA DA PARTE DELL’ALUNNO DEL PROPRIO MODO DI APPRENDERE E’:**

**MODALITÀ DI VALUTAZIONE**

Nell’individuare le strategie metodologiche e didattiche il consiglio di classe e/o il team terrà conto di:

**MISURE DISPENSATIVE**

Nell’ambito delle discipline l’alunno viene dispensato:

**STRUMENTI COMPENSATIVI**

L’alunno usufruirà dei seguenti strumenti compensativi nelle diverse aree disciplinari:

**CRITERI E MODALITÀ DI VERIFICA E VALUTAZIONE**

Si concordano:

**INDICAZIONI PER LO SVOLGIMENTO DELLE PROVE SCRITTE E ORALI PER L’ESAME DI STATO A CONCLUSIONE DEL SECONDO CICLO D’ISTRUZIONE**

**INDICAZIONI PER LO SVOLGIMENTO DELLE PROVE INVALSI**

**PATTO CON LA FAMIGLIA**

Si concordano:

COMPITI A CASA:

STRUMENTI COMPENSATIVI UTILIZZATI A CASA:

**GLI INTERVENTI DISPENSATIVI E COMPENSATIVI SI CONCRETIZZANO COME SEGUE:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Disciplina | Difficoltà riscontrate | Descrizione abilità / capacità da potenziare | Strategie utilizzate in classe | Verifiche scritte | Verifiche orali |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Il Consiglio di Classe tenendo monitorato il percorso scolastico dell’alunno si riserva, se necessario, di integrare o sostituire gli interventi ritenuti più opportuni nel corso dell’anno scolastico.

**IL PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO È STATO ELABORATO E CONDIVISO DAI SEGUENTI SOGGETTI:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **COGNOME E NOME** | **FIRMA** |
| **DOCENTI** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **DIRIGENTE DELLA SCUOLA** |  |  |

**DATA**

**I SOTTOSCRITTI GENITORI DELL’ALUNNO**

**CONCORDANO E APPROVANO PIENAMENTE TUTTE LE STRATEGIE ADOTTATE DAL CONSIGLIO DI CLASSE NELLA STESURA DEL PDP E LO SOTTOSCRIVONO.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **COGNOME E NOME** | **FIRMA** |
| **GENITORI** |  |  |
|  |  |

**DATA**