



**ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE “ANTONIO
MEUCCI”**

ELETTRONICA Elettrotecnica ED AUTOMAZIONE – INFORMATICA E TELECOMUNICAZIONI
MECCANICA MECCATRONICA ED ENERGIA – LOGISTICA E TRASPORTI

Via del Filarete, 17 - 50143 – Firenze - Tel. 055 707011 - Fax 055 710876

WEB: www.itismeucci.gov.it – Mail: FITF010003@istruzione.it – PEC:

FITF010003@pec.istruzione.it

C.F. 80020810489 – Cod.Mec. FITF010003



P.E.I.

Classe

A.S.

INFORMAZIONI GENERALI

DATI RELATIVI ALL'ALUNNO

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Indirizzo	
Classe/Sezione/Istituto	

Documentazione agli atti	
Sintesi della Diagnosi Funzionale	Redatta in data:
Attestazione di Handicap	Redatta in data:
L. 104	
Idoneità laboratori	

Gruppo di lavoro	Nome
Sostegno AD SS	
Eventuale altro docente su progetto	
Educatore di riferimento	

Neuropsichiatra di riferimento	
Assistente sociale di riferimento	
Eventuali altre figure (educatori domiciliari, terapisti, esperti esterni)	

QUADRO FAMILIARE

Componenti del nucleo familiare	
COGNOME E NOME	Grado di parentela
	Padre
	Madre
	Fratello

La famiglia è: • Naturale • Adottante • Affidataria

SITUAZIONE DELLA CLASSE

Alunni in totale n°	
Alunni con disabilità n°	
Alunni stranieri n°	
Alunni con disturbi specifici di apprendimento (DSA)	
Alunni con tipologie di altri Bes	

AZIENDA USL

Azienda USL	
-------------	--

ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA GENERALE

DIAGNOSI CLINICA (INDICATA NELLA 104/92; codice diagnostico ICD10 e diagnosi per esteso):

--

1. Frequenza scolastica: Regolare Ridotta

n° ore settimanali:

Idoneità alla frequenza delle attività tecnico-pratiche

2. Tipologia di programmazione (*):

curricolare personalizzato

differenziato

()Tipologia di programmazione. Legenda:*

curricolare personalizzato: stessi contenuti della classe oppure contenuti più semplici per arrivare almeno ai minimi obiettivi di ogni area/disciplina

differenziato: scelta dei contenuti più semplici e/o eliminazione di parte del programma o di materia.

3. Ore di sostegno settimanali n°:

Numero di ore settimanali di sostegno mediamente utilizzate in attività didattiche:

Eventuali ore su progetto:

4. Orario settimanale delle attività dell'alunno

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
1					
2					
3					

4					
5					
6					
7					

*: ore con insegnante di sostegno

#: ore con educatore scolastico

5. Interventi di assistenza e di aiuto personale

Indicare se l'alunno necessita di:

ASSISTENZA DI BASE SI NO

ASSISTENZA SPECIALISTICA (Osa/Educatore professionale) SI'

Tipo di intervento	N° ore/settimanali
Per l'autonomia personale	
Per la comunicazione	
Per la relazione	
Per l'assistenza para-infermieristica	
Altro (specificare)	

Operatore di riferimento:

6. Servizi scolastici (Indicare le necessità)

Mensa []

Trasporto [] ...

Altro (specificare)

--

7. Progetti specifici per favorire l'integrazione scolastica SI NO

8. Ausili, tecnologie e materiali speciali:

Impiego di materiali e ausili, anche tecnologici, volti a facilitare la possibilità di autonomia e apprendimento degli alunni. Se posseduti barrare con una X

Libri in Braille		Mouse speciali e dispositivi di puntamento	
Libri e materiali di lettura facilitati (es. con lettere e figure ingranditi per ipovedenti..., parlanti)		Tastiere speciali	
Ausili tecnici per la postura la deambulazione		Software didattici	
Ausili tecnici la comunicazione		Software per la comunicazione	
Touch Screen		Quando necessario materiale didattico opportunamente semplificato.	
Lavagna Interattiva Multimediale			

9. Farmaci:

Indicare la presenza a scuola di farmaci salvavita

SI NO

INTERVENTI SOCIO EDUCATIVI

1. Interventi riabilitativi:

[] in orario scolastico

[X] in orario extrascolastico

Tipo di intervento	Operatore di riferimento	N° incontri settimanali	Giorno	Orario
Logopedia				
Fisioterapia				
Psicomotricità				
Servizi sociali				

2. Interventi sanitari e terapeutici:

(cure e terapie ad alto grado di specialità: interventi terapeutici e sanitari, come quelli condotti da neuropsichiatri, psicologi, neurologi...)

Tipo di intervento	Operatore di riferimento	N° incontri settimanali	Giorno	Orario
Altro (specificare)				

FINALITA' FORMATIVE

- Migliorare l'autonomia personale.
- Conseguire maggiore autonomia nel lavoro scolastico/nello studio domiciliare.
- Favorire la costituzione di rapporti sociali positivi.
- Favorire lo spirito di collaborazione.
- Acquisire una maggiore consapevolezza di sé.
- Potenziare l'autostima.
- Promuovere il senso critico su rappresentazioni di vita vissuta.
- Rafforzare la memoria.
- Migliorare la capacità di attenzione e concentrazione.
- Sviluppare la capacità di ascolto e di comprensione.
- Favorire la capacità di espressione e comunicazione.
- Rafforzare o potenziare il linguaggio specifico delle discipline di indirizzo/delle aree disciplinari.
- Sviluppare un progetto di vita possibile (orientamento scolastico-professionale).

AREE DI INTERVENTO SCOLASTICO

(Le aree di intervento sono declinate in riferimento agli Assi Culturali e alle competenze di cittadinanza di cui al D.M. n. 139/2007)

- **ASSE DEI LINGUAGGI** (Italiano, Lingue Straniere, Arte, Musica, Ed. Fisica e Senso-motoria-percettiva)
- **ASSE MATEMATICO** (Matematica, Fisica, Chimica)
- **ASSE SCIENTIFICO-TECNOLOGICO** (Scienze, Tecnologia, - per la scuola secondaria di secondo grado – tutte le materie di indirizzo)
- **ASSE STORICO-SOCIALE** (Storia, Geografia, Diritto)
- **COMPETENZE CHIAVE DI CITTADINANZA E LIFE SKILLS O.M.S.** (Autonomia, Relazioni, Responsabilità, Collaborazione, Affettività, Interazione con il gruppo dei pari e con

gli adulti, Risoluzione dei problemi, Progettazione delle proprie attività, Gestione delle emozioni)

ASSE DI INTERVENTO

L'alunno è seguito da ... insegnanti di sostegno per n... ore settimanali in:

In relazione ai contenuti svolti dal gruppo-classe, l'attività individualizzata mirerà al ...

Obiettivi specifici

--

METODOLOGIA

Itinerari, risorse e strategie di intervento

--

MODALITA' DI VERIFICA

--

Collegamento con le attività di classe e di plesso

--

Al Dirigente Scolastico
Prof. Maresca

Oggetto: Consenso alla programmazione e valutazione differenziata

Il/La sottoscritto/a, genitore
dell'alunno/a della classe

dà il proprio consenso alla programmazione e valutazione differenziata ai sensi
dell'Art. 15 dell'O.M. n. 90 del 2001.

Il sottoscritto è a conoscenza che, se permane la valutazione differenziata (art.
15) nel quinto anno, il proprio figlio/a non consegnerà il Diploma previsto
dall'Esame di Stato, ma parteciperà a detti esami svolgendo prove differenziate;
alla conclusione degli stessi, otterrà l'attestazione delle competenze e delle abilità
acquisite nel percorso scolastico ed extrascolastico svolto nel quinquennio.

Data, _____

Firma

Alla Neuropsichiatra

via

.....

Oggetto: Idoneità alla frequenza delle attività tecnico-pratiche

Si dichiara che il ragazzo _____,

iscritto al _____|_____ anno dell'ITIS Meucci, è idoneo a frequentare le attività di laboratorio previste nell'*iter* didattico della scuola.

Data _____

Firma

Si rilascia per tutti gli usi consentiti dalla legge.

COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO

Dirigente scolastico:

Consiglio di classe:

Cognome e nome	Disciplina	Firma

Insegnanti di sostegno:

Referente BES:

--

Azienda sanitaria:

--	--

Educatori (OSA e domiciliari):

--	--

--	--

Genitori:

Padre		
Madre		

Luogo, Data