



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE "Galileo Ferraris"

ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO STATALE "GALILEO FERRARIS" - C.M. BATF06401B
LICEO SCIENTIFICO OPZIONE SCIENZE APPLICATE "RITA LEVI MONTALCINI" - C.M. BAPS064019

Piano Educativo Individualizzato

(Legge 5 febbraio 1992 n.104)

Classe _____ Sez _____

ANNO SCOLASTICO 20....-20.....

Coordinatore di classe:

Docente specializzato:

Referente A. S. L.:

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Legge 5 febbraio 1992 n.104 *"Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"*
- Circolare Ministeriale 258/83 *"Indicazioni di linee di intesa tra scuola, Enti Locali e UU.SS.LL in materia di integrazione scolastica degli alunni portatori di handicap"*
- Circolare Ministeriale 250/85 *"azione di sostegno a favore degli alunni portatori di handicap"*
- O. M. 90/2001 *"Norme per lo svolgimento degli scrutini e degli esami nelle scuole statali e non statali di istruzione elementare, media e secondaria superiore"*
- Direttiva MIUR del 4 agosto 2009 *"Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità"*
- Direttiva MIUR del 27 dicembre 2012 *"Strumenti di intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica"*
- Circolare Ministeriale n. 8 del 6 marzo 2013 *"Indicazioni operative sulla Direttiva MIUR 27/12/2012"*
- Nota del Capo Dipartimento Istruzione prot. 1551 del 27 giugno 2013
- Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, *"Codice in materia di protezione dei dati personali"*

1 DATI ANAGRAFICI

Anno scolastico: ____ - ____ -
Denominazione dell'Istituzione Scolastica: _____ Luogo _____
Nome e Cognome: _____
nato il _____ a (luogo di nascita) _____
Residente a: _____ in via _____
Tel: _____ e-mail: _____
Classe: _____ Sezione: _____
sede: <input type="checkbox"/> ITIS "Galileo Ferraris" <input type="checkbox"/> LS-OSA" Rita Levi Montalcini

2 DIAGNOSI

Diagnosi clinica

Codificazione diagnosi ICD10: _____

Redatta in data _____

Ref. A.S.L.: Dott.ssa Barbieri Camilla

Diagnosi funzionale

AREA	CRITICITÀ
MOTORIA	
SENSORIALE	
COGNITIVA	
LETTURA SCRITTURA CALCOLO	
LINGUISTICO COMUNICATIVA	
AFFETTIVO RELAZIONALE	
AUTONOMIA PERSONALE	
AUTONOMIA SOCIALE	

3 CARATTERISTICHE DELLA CLASSE

Classe _____ Sez _____, Liceo Scientifico con opzione Scienze Applicate/ o Istituto Tecnico industriale informatico/elettronico/elettrotecnico

Numero di ore settimanali di lezione: _____

Organizzazione dell'orario giornaliero con indicazione delle pause

I	8:00-9:00
II	9:00-10.00
III	10:00-11.00
IV	11:00-12:00
V	12:00-13:00
VI	13:00-14:00

Nota: *esempio: Lunedì, mercoledì, venerdì, sabato: n.5 ore di lezione*

Martedì, giovedì: n. 4 ore di lezione

Numero di alunni frequentanti _____ di cui disabili ____, alunni BES-DSA: _____:

Caratteristiche della classe in relazione all'accoglienza dell'alunno

(descrivere il comportamento e sensibilizzazione del gruppo classe in relazione all'accoglienza dell'alunno disabile)

.....

Risorse umane a sostegno del processo di integrazione, in aggiunta ai docenti disciplinari assegnati alla classe

Docente specializzato per il sostegno: n. __ ore settimanali

Prof./Prof.ssa _____

TEMPI PREVISTI PER L'INTERVENTO PSICO-PEDAGOGICO DELL'INSEGNANTE SPECIALIZZATO

AREA/ DISCIPLINA	N° ORE PREVISTE NELL'ORARIO
Italiano	

Storia	
Inglese	
Diritto Economia	
Matematica	
Chimica	
Biologia	
Fisica	
.....	
.....	

EVENTUALI INTERVENTI EDUCATIVI TERRITORIALI

A scuola l'alunno fruisce anche di assistenti e/o educatori offerti da altri Enti, oltre all'insegnante di sostegno?

Sì No

Se sì, per n°ore alla settimana

Ente erogatore del servizio:

Tipo di intervento

.....

Modalità:

.....

Nominativo/i dell'assistente/

.....

RIPARTIZIONE DELLE ORE SETTIMANALI DI ASSISTENZA DEL PERSONALE EDUCATIVO NELLE AREE DISCIPLINARI

		N° ore di assistenza alla settimana									
		I	II	III	IV	V	VI				
lunedì											

martedì											
Mercoledì											
giovedì											
venerdì											
Sabato											

Altre figure mediatrici (tutor amicale ecc.) : _____

4 L'ALUNNO/A UTILIZZA

(descrivere se utilizza trasporti speciali con o senza accompagnatore; particolari strumenti e/o ausili sia per gli apprendimenti che per le autonomie, ecc.)

La mensa saltuariamente	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
La mensa tutti i giorni	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Somministrazione di farmaci	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Il trasporto speciale	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Il trasporto speciale con accompagnatore	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L'ascensore	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Il bagno attrezzato	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
La carrozzella	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Il banco speciale	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Il calcolatore	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Il calcolatore con ausili particolari	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L'ambiente di riposo	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Strumenti e ausili particolari	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Somministrazione farmaci	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Altro _____	Sì <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5 FREQUENZA SETTIMANALE DELL'ALUNNO/A

Orario scolastico completo Sì No

Orario scolastico ridotto Sì No

Se l'orario scolastico è ridotto spiegare le motivazioni e/o le attività svolte fuori dalla scuola in orario

Pag. 5 di 11

scolastico

.....
.....
.....
.....

6 MODALITÀ ORGANIZZATIVE DELLE ATTIVITÀ PROGRAMMATE ALL'INTERNO DELLA SCUOLA ED ORARIO SETTIMANALE CON INDICAZIONE DELLE DISCIPLINE

ORARIO	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato

Note:

.....
.....

7 IL PROGETTO

Sintesi della situazione di partenza

.....
.....

Area motoria e sensoriale

.....
.....

Area cognitiva e area linguista comunicativa

.....
.....

Area degli apprendimenti (lettura/scrittura/calcolo)

.....
.....

Area affettivo -relazionale

.....
.....

Area dell'autonomia personale e sociale

.....
.....

7.1 Progettazione educativa individualizzata

(Indicare il tipo di programmazione: obiettivi essenziali(minimi), differenziati su approvazione del consiglio di classe)

.....

Obiettivi educativi e didattici

.....

Obiettivi didattici generali

.....

7.2 Programmazione disciplinare (allegato A)

a) *(allegare la programmazione didattica individualizzata ed altri strumenti e metodologie correlati alla realizzazione del progetto)*

7.3 Organizzazione dell'intervento psico-pedagogico dell'insegnante specializzato: attività, metodi e strumenti

.....

Mezzi e strumenti

.....

.....

Organizzazione dell'intervento

.....

.....

7.4 Modalità di verifica e criteri di valutazione

(Indicare modalità e tempi per lo svolgimento delle verifiche scritte e orali come stabilito dal Consiglio di Classe e i criteri di valutazione)

.....

7.5 Particolari attività programmate per la classe che coinvolgono gli alunni disabili

(attività integrate nella programmazione educativa individualizzata, anche con la partecipazione di enti esterni alla scuola)

.....

Attività di recupero, consolidamento e potenziamento

(Es: attività/corsi di recupero, consolidamento e potenziamento in itinere proposte dai docenti e dal Consiglio di Classe)

.....

Attività di laboratorio, di classi aperte, per gruppi

(Indicare le attività proposte previste dal PTOF)

.....

Attività di carattere culturale, formativo o socializzante

(Es: visite didattiche e culturali previste dal consiglio di classe, progetti di interclasse, ecc.)

.....

Attività di interesse extra-scolastico

(es: cinema, musica, teatro e letture di vario genere)

.....

Attività di orientamento, attività di alternanza scuola/lavoro, attività integrate con la formazione professionale per la scuola secondaria di secondaria grado

[per le classi terze, quarte e quinte]

7.6 Gli interventi di riabilitazione e terapia previsti

(Indicare se sono previsti interventi terapeutici o di riabilitazione in orario scolastico o extrascolastico).

.....

8 VERIFICHE DEL PRESENTE PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

Il presente PEI verrà sottoposto a **verifica** e conseguente **ridefinizione** periodica in un qualunque momento il Consiglio di Classe, su proposta di uno qualunque dei suoi componenti, ne ravvisi la necessità. Si è tenuto il primo G.O. in data _____ in cui si sono stabilite le linee guida per il presente documento. Potrà essere convocato un G.O. straordinario qualora se ne ravveda la necessità.

La verifica dei risultati raggiunti e della congruenza delle scelte effettuate avviene in via ordinaria in **coincidenza con le verifiche periodiche**.

IL PRESENTE PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO (*) È STATO CONCORDATO E REDATTO IN
(LUOGO e DATA) _____, lì _____

	COGNOME E NOME (in stampatello)	FIRMA
Famiglia:		
Italiano		
Storia-geografia		
Inglese		
Matematica		
Fisica		
Scienze		
Informatica		
Disegno e storia dell'arte		
Educazione fisica		
Religione		
Docente specializzato		
Coordinatore di classe		
Operatore ASL		
Operatore sociale		
Tecnico dell'Ente locale		
Operatore dell'Ente di formazione professionale		
Altro		

VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Luigi Melpignano

.....

(*) Il presente documento, redatto e posto agli atti dell'Istituto, contenendo dati sensibili, è sottoposto al vincolo dell'obbligo alla riservatezza, Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Pag. 10 di 11

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE "GALILEO FERRARIS"
Via Palmiro Togliatti, 4 - 70056 MOLFETTA (BA) - Tel/Fax 0803381352 Fax 0803384515
C.M. BAIS06400V - C.F. 93449280721

E-mail: bais06400v@istruzione.it - E-mail certificata: bais06400v@pec.istruzione.it - Sito Web: www.ferrarismolfetta.gov.it

ELENCO DEGLI ALLEGATI AL P.E.I.

DESCRIZIONE DEL CONTENUTO	DATA DI REDAZIONE
Allegato A: programmazione didattica individualizzata del PEI	