**ISTITUTO D’ISTRUZIONE SUPERIORE-ACRI “IPSIA-ITI”**

**Via S. Scervini n.115–87041 ACRI (CS) Tel: 0984/1861921 Fax: 0984/95314**

**E-mail:** [csis06100t@istruzione.it](mailto:csis06100t@istruzione.it) **–** [www.iisacri.gov.it](http://www.iisacri.gov.it) **C.F. 98088760784**

**C.M.: CSIS06100T – Codice Univoco Ufficio UFQTXQ**

# **PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

**ANNO SCOLASTICO: 2021/2022**

**CLASSE FREQUENTATA: INDIRIZZO:**

**COGNOME: NOME:**

**LUOGO DI NASCITA: PROVINCIA: DATA NASCITA:**

**RESIDENZA:**

1. **Caratteristiche della classe**

**Numero di ore settimanali di lezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Organizzazione dell’orario giornaliero con indicazione delle pause:**

**Entrata h.8:00 ricreazione h. 10:50/11:00 uscita 13:00/14:00**

**Numero di alunni frequentanti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui in situazione di handicap: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Risorse umane a sostegno del processo di integrazione, in aggiunta ai docenti disciplinari assegnati**

**alla classe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Docenti specializzati per il sostegno n.** | **n. ore settimanali ……… x** |
| **Personale educativo assistenziale** | **n. ore settimanali …………** |
| **Altre figure mediatrici (volontario, tutor, …)** |  |
| **Altro** |  |

1. **Orario**

Organizzazione didattica

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Orario settimanale della classe con indicazione in grassetto dell’orario coperto da sostegno** | | | | | | |
| ORE | LUNEDI’ | MARTEDI’ | MERCOLEDI’ | GIOVEDI’ | VENERDI’ | SABATO |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  | . |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  | . |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

**Particolari attività programmate per la classe che coinvolgono l’alunno/a in situazione di handicap**

* + **Attività di recupero, consolidamento potenziamento.**
  + **Attività di laboratorio, di classi aperte, per gruppi.**
  + **Progetti SI NO Se Si, quale:**
  + **Visite didattiche e gite scolastiche**

1. **Rapporti con i genitori funzionali all’integrazione**

**trimestrale quadrimestrale - pentamestre - mensile - settimanale**

**------------------------------------------------------**

**Per l’alunno/a il Consiglio di Classe ha scelto all’unanimità la seguente programmazione:**

Programmazione didattica

* **Programmazione Differenziata finalizzata al rilascio dell’Attestato di Credito Formativo DPR. n.323/98, art. 13. (Programmazione differenziata in vista di obiettivi didattici formativi non riconducibili ai programmi ministeriali). all'art. 13 del D.P.R. n. 323/1998. E’ necessario il consenso della famiglia (art. 15, comma 5, O.M. n. 90 del 21/5/01).**
* **Programmazione Paritaria finalizzata al rilascio del Diploma di Maturità. (Programmazione per obiettivi minimi conformi ai programmi ministeriali o comunque ad essi globalmente corrispondenti. (art. 15, c. 3 dell’O.M. n.90 del 21/5/2001, L.104/92, D.L.vo 297/94, OM e Regolamento sugli esami di Stato)**

**Per gli studenti che seguono obiettivi riconducibili ai programmi ministeriali è possibile prevedere:**

**1. Un programma minimo, con la ricerca dei contenuti essenziali delle discipline;**

**2. Un programma equipollente con la riduzione parziale e/o sostituzione dei contenuti, ricercando la medesima valenza formativa (art. 318 del D.L.vo n. 297/1994). Le prove equipollenti possono consistere in:**

**- MEZZI DIVERSI: le prove possono essere ad esempio svolte con l’ausilio di apparecchiature infor**

**matiche.**

**- MODALITA’ DIVERSE: il Consiglio di Classe può predisporre prove utilizzando modalità diverse (es.**

**Prove strutturate: risposta multipla, Vero/Falso, ecc.).**

* **CARATTERISTICHE DELLA CLASSE IN RELAZIONE ALL’ INCLUSIONE**

***( evidenziare anche ad es. Peer education, cooperative learning, etc.)***

**……. inserire il testo**

* **ANALISI DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA DELL’ALUNNA/O**

***(*** se possibile…anche rispetto alla prospettiva bio-psico-sociale, considerando barriere e facilitatori. **Barriere e facilitatori** sono costituiti dai **fattori contestuali,** che si distinguono in **fattori personali** e **fattori ambientali**, e sono in rapporto con le Funzioni del Corpo, le Attività Personali e la Partecipazione sociale, rendendone possibile il funzionamento ovvero migliorandolo (facilitatori) oppure ostacolandolo (barriere**))**

**……. inserire il testo**

* **Programmazione**

**……. inserire il testo**

* **Metodologie**

**……. inserire il testo**

* **Strumenti e Risorse**

**……. inserire il testo**

* **Verifiche**

**……. inserire il testo**

Si ricorda che **l**a valutazione degli alunni disabili è disciplinata dall’articolo 15 della O.M. 21 Maggio 2001/90. Secondo il disposto “*Il Consiglio di classe, in sede di valutazione periodica e finale, sulla scorta del Piano Educativo Individualizzato a suo tempo predisposto con la partecipazione dei genitori, nei modi e nei tempi previsti dalla C. M. 258/83, esamina gli elementi di giudizio forniti da ciascun insegnante sui livelli di apprendimento raggiunti, anche attraverso l’attività di integrazione e di sostegno, verifica i risultati complessivi rispetto agli obiettivi prefissati dal Piano Educativo Individualizzato*”.

Valutazione

**Firme dei componenti del Consiglio di Classe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MATERIA** | **DOCENTE** | **FIRMA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Firme operatori Unità Operativa Riabilitazione di Acri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RUOLO** | **NOME** | **FIRMA** |
| NEUROPSICHIATRA |  |  |
| PEDAGOGISTA |  |  |
| PSICOLOGA |  |  |
| ASS.SOCIALE |  |  |

**Firma dei genitori Firma del Dirigente Scolastico**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**