|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *italia.png* | DATA APPUNTAMENTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ORA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *Sicilia.png* |
| **I.C. “V. Brancati”** |  | Ministero dell’Istruzione |  | Regione Siciliana |
| ***Istituto Comprensivo Statale “Vitaliano Brancati”*** |
| **Viale S. Teodoro n. 2 - 95121 CATANIA – Tel. 095/457478 – Fax 095/209514 – C.F. 80014150876** |
| **E-mail: ctic886005@istruzione.it pec:** **ctic886005@pec.istruzione.it****https://www.icbrancati.edu.it** |

**PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO**

**PER VISITA DIAGNOSTICA E ACCERTAMENTI**

Alunni con Bisogni Educativi Speciali (BES)

Indicare il grado di scuola:

* Infanzia
* Primaria
* Secondaria

Motivo per il quale si elabora il PDP provvisorio:

* Prima visita
* Aggravamento

|  |
| --- |
| Informazioni generali |
| Alunno/a: |  |
| Luogo e data di nascita: |  |
| Residenza: | Via ….Piazza…. n. CAP |
| Contatti dei genitori | Telefono fisso:Cell: |
| Classe  |  |
| Insegnante coordinatore |  |

BREVE ANALISI DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA PROFILO DELL’ALUNNO/A in cui si evincono le aree in cui vi sono maggiori difficoltà

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LO SVILUPPO FISICO**

Indicare se l’alunno ha specifiche difficoltà:

|  |
| --- |
| * Sensoriali
 |
| * Problemi di controllo del movimento
 |
| * Problemi di lateralizzazione
 |

**GLI INTERVENTI TERAPEUTICI**

Indicare quali, se presenti:

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia di intervento | Operatore di riferimento |
| * Logoterapia
 |  |
| * Psicoterapia
 |  |
| * Altro. Specificare:
 |  |

**SITUAZIONE DI PARTENZA**

**CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI DELL’ALLIEVO/A**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *SÌ* | *NO* | *IN PARTE* |
| Collaborazione con i pari  |  |  |  |
| Collaborazione con gli adulti  |  |  |  |
| Capacità di lavorare in gruppo |  |  |  |
| Disponibilità alle attività |  |  |  |
| Rispetto delle regole  |  |  |  |
| Organizzazione nel lavoro scolastico  |  |  |  |
| Cura del materiale  |  |  |  |
| Frequenza regolare |  |  |  |
| Controllare delle emozioni |  |  |  |

INFANZIA

*Da compilare solo a cura dell’infanzia*

**ELENCO DI STRATEGIE METODOLOGIE DIDATTICHE, INTERVENTI DI INDIVIDUALIZZAZIONE E STRUMENTI DIDATTICI COMPENSATIVI**

(Indicare con una **X** le opzioni individuate)

* Giochi sull’ascolto, sul ritmo, giochi fonologici, di parole, di potenziamento degli schemi motori di base
* Giochi con regole, di memoria
* Utilizzo di mediatori didattici che facilitano l’apprendimento (immagini, oggetti, personaggi fantastici per introdurre le attività, role playing, compagni, adulti, ...)
* Privilegiare l’apprendimento esperienziale per favorire l’operatività, il dialogo e la riflessione su quello che si sta facendo
* Attività di problem – solving
* Valorizzazione dei successi sugli insuccessi (al fine di elevare l’autostima e le motivazioni ad apprendere)
* Incentivare la didattica di piccolo gruppo ed il tutoraggio tra i pari
* Consentire tempi più lunghi per consolidare gli apprendimenti
* Esemplificazione dello svolgimento dell’attività
* Presenza di mediatori didattici tecnologici
* Libri illustrati, storie, puzzle, marionette, libri modificati con i simboli della comunicazione aumentativa
* Attività di consolidamento dell’organizzazione spazio-temporale
* Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **METODOLOGIA, CRITERI E MODALITÀ DI VERIFICA E VALUTAZIONE**

Si dovrà privilegiare una **valutazione formativa** condivisa dal Consiglio di intersezione. La valutazione per ogni singola attività e quella finale sarà coerente con quanto delineato nel PDP e terrà conto:

• del PDP e degli traguardi formativi indicati e raggiunti;

• della motivazione e dell’impegno;

• delle potenzialità dell’alunno/a;

• delle competenze acquisite.

Il presente piano didattico **(PDP)** può essere rivisto in qualsiasi momento.

PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO

*Da compilare solo a cura della scuola primaria e secondaria*

**LO SVILUPPO PSICHICO**

Per ogni area **tracciare una X** nella casella **solo** nelle **difficoltà riscontrate**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Area Cognitiva*** |  |
| Capacità di attenzione |  |
| Capacità di memoria |  |
| Concentrazione |  |
| Comprensione |  |
| Elaborazione delle conoscenze |  |
| ***Area della Comunicazione*** |  |
| Capacità di ascolto |  |
| Capacità di conversazione |  |
| Capacità di riferire fatti personali  |  |
| Espressione attraverso i linguaggi non verbali  |  |
| ***Area dell’Apprendimento***  |  |
| Esposizione un argomento di studio |  |
| Risoluzione di problemi di tipo logico-matematico |  |
| Usa le competenze acquisite per realizzare idee  |  |
| ***Autonomia Personale*** |  |
| Cura della propria persona |  |
| Cura dei propri oggetti |  |
| Cura degli spazi di vita  |  |
| Consapevolezza delle proprie difficoltà |  |
| Stima di sé |  |
| Autonomia nello studio |  |
| ***Area dell’Autonomia Sociale*** |  |
| Istaurazione di rapporti con gli altri |  |
| Gestione dei conflitti |  |
| Mantenimento di relazioni di amicizia |  |
| Partecipazione alle attività scolastiche sociali e sportive |  |

**LE ABILITA’ STRUMENTALI**

(**tracciare una X** nella casella **solo nelle difficoltà riscontrate**)

**LETTURA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Capacità** |  |
| Leggere intere frasi  |  |
| Leggere brani brevi  |  |
| Leggere brani di media lunghezza |  |
| Leggere brani lunghi |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Correttezza* |  |
| Effettua salti di parole e da un rigo all’altro |  |
| Effettua salti di punteggiatura  |  |
| *Comprensione* |  |
| Comprensione semplici frasi  |  |
| Comprensione di brevi brani |  |
| Comprensione di brani di medio-lunghi |  |

**SCRITTURA**

Carattere usato prevalentemente dall’alunno/a è:

* stampato maiuscolo
* stampato minuscolo
* corsivo

**Tracciare una X** nella casella **solo nelle difficoltà riscontrate**:

|  |  |
| --- | --- |
| *Capacità di scrittura* |  |
| Scrivere singole parole  |  |
| Scrivere frasi brevi |  |
| Scrivere frasi lunghe |  |
| Scrivere brani brevi  |  |
| Scrivere brani di media lunghezza  |  |
| Scrivere brani lunghi |  |
| *Modalità di scrittura* |  |
| Capacità di copiatura |  |
| Scrivere sotto dettatura |  |
| Scrivere da solo |  |
| *Correttezza. Presenta come errori ricorrenti* |  |
| Errori fonetici: doppie, accenti… |  |
| Errori ortografici nell’uso dell'h, degli apostrofi, degli accenti |  |
| Errori semantico-lessicali *(ad es. l'ago/lago…)* |  |
| Altri errori ricorrenti da indicare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**In caso di difficoltà rispetto alla grafia, tracciare una X** nella casella corrispondente alle caratteristiche dell’alunno/a:

|  |  |
| --- | --- |
| *Grafia.* *Qualità del tratto* |  |
| Pressato: grafia calcata, contratta, inclinata, con direzione irregolare |  |
| Fluido: grafia allargata, con difficoltà a rispettare linea e margini |  |
| Impulsivo: grafia precipitosa, a scatti, con frequenti interruzioni |  |
| Lento: buona grafia con tempi di scrittura piuttosto lunghi |  |
| Maldestro: grafia pesante, dimensioni delle lettere irregolari |  |

**ABILITÀ DI CALCOLO**

**Tracciare una X** nella casella **solo nelle difficoltà riscontrate**:

|  |  |
| --- | --- |
| *Capacità di base* |  |
| Riconoscere i simboli numerici |  |
| Associare il simbolo alla quantità |  |
| Comporre, scomporre e comparare quantità |  |
| Eseguire seriazioni e classificazioni |  |
| Risolvere problemi |  |
| Ulteriori difficoltà di base evidenziate nel settore logico – matematico indicare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| *Abilità nel calcolo orale* |  |
| Usare strategie di calcolo |  |
| Ricordare le tabelline (solo primaria e secondaria di primo grado) |  |
| Ulteriori difficoltà evidenziate nel calcolo orale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| *Abilità nel calcolo scritto* |  |
| Mettere in colonna i numeri (solo primaria e secondaria di primo grado) |  |
| Eseguire le quattro operazioni (solo primaria e secondaria di primo grado) |  |
| Ulteriori difficoltà evidenziate nel calcolo scritto |

***CARATTERISTICHE DEL PROCESSO DI APPRENDIMENTO***

*(Inserire le informazioni raccolte tramite osservazioni e colloqui)*

|  |
| --- |
| Interessi e abilità particolari evidenziati nelle aree disciplinari:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tempi di esecuzione dei compiti (in rapporto alla media della classe):\_\_\_\_\_\_\_ |
| Altre caratteristiche evidenziate dal Consiglio di Classe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Informazioni fornite dai genitori sullo studente e sulla sua vita extrascolastica ( abitudini, interessi, uso del tempo libero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**PROGRAMMAZIONE EDUCATIVO-DIDATTICA**

**LINEE DI INTERVENTO DIDATTICO DA PRIVILEGIARE**

*Tracciare una X sulla casella corrispondente*

|  |
| --- |
| ***A livello di classe*** |
| Ridurre le lezioni con spiegazioni frontali prolungati nel tempo |  |
| Svolgere una lezione introducendo pochi concetti per volta, seguiti da esempi pratici (esercizi alla lavagna, visione di foto, filmati…) |  |
| Evitare lezioni con tempi vuoti che ostacolano la concentrazione |  |
| Prediligere attività di apprendimento cooperativo in classe o in gruppo |  |
| Promuovere, di frequente, attività di tutoring, in coppia o in gruppo |  |
| Favorire l’operatività e lo studio delle discipline con esperienze dirette |  |
| ***A livello personale*** |
| Rendere l’alunno partecipe del percorso didattico da compiere  |  |
| Semplificare le conoscenze complesse con linguaggi e concetti facili |  |
| Fornire indicazioni chiare sulle procedure da seguire, anche con una scaletta dei punti da svolgere |  |
| Introdurre nuovi argomenti di studio partendo dalle conoscenze già possedute dallo studente |  |
| Usare strumenti compensativi e misure dispensative  |  |
| Rendere l’alunno consapevole del proprio modo di apprendere  |  |
| Sviluppare processi di autovalutazione dei risultati conseguiti nelle attività svolte |  |
| Altre linee di intervento da seguire  |

**ATTIVITÀ’ DA SVOLGERE** *(Tracciare una X sulla casella corrispondente)*

|  |  |
| --- | --- |
| Attività di recupero per acquisire i livelli minimi di competenza previsti dal percorso di studio |  |
| Attività per approfondire conoscenze, abilità, competenze |  |
| Attività didattiche da svolgere in coppia con un tutor |  |
| Attività didattiche da svolgere in piccolo gruppo |  |
| Attività ed esercitazioni, a carattere pratico, da svolgere in laboratorio |  |
| Attività didattiche da svolgere all’esterno della scuola |  |
| Altri tipi di attività. Specificare  |

**GLI STRUMENTI COMPENSATIVI**  **(solo primaria e secondaria di primo grado)**

*(Mettere una X sugli strumenti da utilizzare)*

|  |  |
| --- | --- |
| Alfabetiere e tabella dei caratteri *( nelle* *cl. I della scuola primaria )* |  |
| Schemi, mappe concettuali, tabelle, grafici, formulari |  |
| Calcolatrice/computer con foglio di calcolo |  |
| Il computer con la videoscrittura ed il correttore ortografico |  |
| Libri digitali, vocabolario multimediale e software didattici  |  |
| Risorse audio: il registratore; la sintesi vocale  |  |
| Lettura ad alta voce, da parte dell’insegnante, delle prove di verifica |  |
| Altri strumenti compensativi utilizzati. Specificare  |

**LE MISURE DISPENSATIVE** **(solo primaria e secondaria di primo grado)**

*(Mettere una X sulle misure da adottare)*

|  |  |
| --- | --- |
| Dispensa dalla scrittura in corsivo |  |
| Dispensa dalla scrittura in stampatello minuscolo |  |
| Dispensa dalla lettura ad alta voce |  |
| Dispensa dal prendere appunti |  |
| Dispensa dai tempi standard di esecuzione dei compiti |  |
| Dispensa dal copiare alla lavagna |  |
| Dispensa dalla dettatura di testi ed appunti |  |
| Dispensa da un eccessivo carico di compiti |  |
| Dispensa dallo studio mnemonico delle discipline |  |
| Riduzione del numero delle prove da sostenere nelle verifiche |  |
| Altre misure dispensative utilizzati. Specificare  |

**VERIFICA E VALUTAZIONE** **(solo primaria e secondaria di primo grado)**

*(Tracciare una X sulla casella corrispondente)*

|  |  |
| --- | --- |
| MODALITA’ |  |
| Effettuare compiti ed interrogazioni programmate, indicando il giorno in cui saranno svolti e anticipando gli argomenti delle prove, in modo da consentire un’adeguata preparazione |  |
| Trasformare, quando è possibile, i compiti scritti in prove a carattere orale, in una logica di compensazione collegata alle difficoltà derivanti dal disturbo sofferto dall’alunno |  |
| Utilizzare prove oggettive a scelta multipla o vero/falso; esercizi a completamento; prove adattate di comprensione e produzione. Assegnare tempi più lunghi per lo svolgimento delle verifiche |  |
| Utilizzare strumenti compensativi per rendere più facili le prove scritte e orali, nei vari ambiti del sapere |  |
| Assegnare tempi più lunghi nell’esecuzione delle prove scritte della prova Invalsi e degli esami di Stato, nella classe terza, terminale del I ciclo di istruzione |  |
| Privilegiare l’utilizzo di prove informatizzate e trasferite su supporto informatico, per sostenere la prova nazionale Invalsi |  |
| CRITERI |  |
| Effettuare valutazioni degli elaborati scritti più attente ai contenuti che non alla correttezza formale. |  |
| Effettuare le valutazioni dei risultati conseguiti nelle varie aree disciplinari sulla base degli obiettivi essenziali definiti in ciascuna di essa, all’interno di questo Piano didattico personalizzato |  |
| Assegnare votazioni che tengano conto dell’impegno profuso dall’alunno e dei progressi compiuti dall’inizio del percorso scolastico |  |
| Valutare il comportamento degli alunni con disturbo dell’attenzione e dell’iperattività, ADHD, in riferimento ai deficit causati dal disturbo |  |
| Altre criteri di verifica. Specificare   |  |

FIRME DEL PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO

|  |
| --- |
| Docenti di classe - Nome e cognome FIRME  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Funzioni strumentali inclusività | Firma  |
|  |  |
|  |  |
| Referente BES | Firma  |
|  |  |
| Genitori (Nome e cognome) Firma |
|  |  |
|  |  |
| Dirigente scolastico Firma |
|   |  |

*.*

DATA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *italia.png* |  | *Sicilia.png* |
| I.C. “V. Brancati” |  | Ministero dell’Istruzione |  | Regione Siciliana |
| ***Istituto Comprensivo Statale “Vitaliano Brancati”*** |
| Viale S. Teodoro n. 2 - 95121 CATANIA – Tel. 095/457478 – Fax 095/209514 – C.F. 80014150876 |
| E-mail: ctic886005@istruzione.it pec: ctic886005@pec.istruzione.ithttps://www.icbrancati.edu.it |

**Alla Famiglia dell’alunno**

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

**OGGETTO: visita per accertamenti diagnostici**

La S.V. genitori dell’alunn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_della scuola d’infanzia, primaria, secondaria di questo Istituto nell’a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

è invitata a fissare un appuntamento presso l’ASP (Azienda Sanitaria Provinciale)-Distretto Catania 2,in Corso Italia n°234 telefonando al numero 095-2545233, preferibilmente dalle 12.30 alle 14, nelle giornate dal lunedì al venerdì e dalle 16.30 alle 18 nei pomeriggi di martedì e mercoledì.

Al momento della visita dovrà essere prestato consenso formale da entrambi i genitori o mediante presenza di entrambi o tramite delega formale (con fotocopia del documento di identità del genitore assente), altrimenti non sarà possibile procedere all’apertura della cartella e permettere all’equipe del servizio medico di effettuare accertamenti diagnostici.

Catania, Il Coordinatore

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *italia.png* |  | *Sicilia.png* |
| I.C. “V. Brancati” |  | Ministero dell’Istruzione |  | Regione Siciliana |
| ***Istituto Comprensivo Statale “Vitaliano Brancati”*** |
| Viale S. Teodoro n. 2 - 95121 CATANIA – Tel. 095/457478 – Fax 095/209514 – C.F. 80014150876 |
| E-mail: ctic886005@istruzione.it pec: ctic886005@pec.istruzione.ithttps://www.icbrancati.edu.it |

 **(Compilare e restituire al docente)**

Il sottoscritto/a genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’a.s. \_\_\_\_\_\_\_

ha ricevuto la comunicazione per la procedura da seguire per prenotare la visita medica che dovrà effettuare il proprio/a figlio/a presso l’ASP di Catania.

**Catania, Firma del genitore**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *italia.png* |  | *Sicilia.png* |
| I.C. “V. Brancati” |  | Ministero dell’Istruzione |  | Regione Siciliana |
| ***Istituto Comprensivo Statale “Vitaliano Brancati”*** |
| Viale S. Teodoro n. 2 - 95121 CATANIA – Tel. 095/457478 – Fax 095/209514 – C.F. 80014150876 |
| E-mail: ctic886005@istruzione.it pec: ctic886005@pec.istruzione.ithttps://www.icbrancati.edu.it |

**RELAZIONE DESCRITTIVA**

**Docente di sostegno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**Docente coordinatore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ordine scuola:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Classe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alunno/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Catania, ../../..

 Il Coordinatore di Classe

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’Istituto Comprensivo “V. Brancati” di Catania**

**OGGETTO:**

**CONSENSO DEI GENITORI PER LA RICHIESTA DI VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DEL PROPRIO FIGLIO PRESSO L’AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE (ASP) DI CATANIA**

I sottoscritti………………………………………………………………………………………………………….

Genitori dell’alunno……………………………………………………………………………

Nato a …………………………………………………………il………………………………..……………

E residente a …………………………………Via ………………………………………………………………………….

Tel……………………………………………………………

Nell’a.s. 20\_\_/20\_\_, frequentante la scuola:

* Infanzia
* Primaria
* Secondaria

Plesso……………………………………………………………………………………………………………………………

Classe………………………Sezione…………………………………………………………………

A SEGUITO DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE DAGLI INSEGNANTI RIGUARDANTI LE DIFFICOLTA’ RISCONTRATE NELLE ABILITA’ SCOLASTICHE DEL PROPRIO FIGLIO

* **ACCONSENTONO**
* **NON ACCONSENTONO**

A PRENOTARE UNA PRIMA VISITA, PRESSO L’UNITA’ OPERATIVA TERRITORIALE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DI CATANIA, PER UNA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA PER IL PROPRIO FIGLIO/A

Data………………………… Firme dei genitori …………………………………

 …………………………………

In caso di firma di un solo genitore,

ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



UNITA’ OPERATIVA TERRITORIALE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

CATANIA, CORSO ITALIA N.234

I sottoscritti Madre……………………………Padre…………………………, genitori dell’alunno/a …………………………………………………………………..Nato/a a……………….……………………. Il……………………

**DELEGANO**

Il/la Prof./Prof.ssa ……………………………………………………dell’IC. “V.Brancati” di Catania a richiedere informazioni sull’esito degli incontri  del proprio figlio/a e, se necessario, avere copia della certificazione ottenuta a seguito della visita effettuata dal minore  in data ……………….

(Attestazione BES, DSA o H e Diagnosi Funzionale).

   **Catania** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                             **Firme**

   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si allega fotocopia del documento di entrambi i genitori.**

In caso di firma di un solo genitore,

ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_