|  |
| --- |
| **Ministero dell’istruzione, dell’università e della ricerca****Istituto Comprensivo COMO REBBIO** Via Cuzzi, 6 – 22100 COMO Tel. 031 591280- 031 507349 – Fax. 031 5000932Codice Meccanografico COIC84300D – C.F. 80012520138Email uffici:coic84300d@istruzione.it– coic84300d@pec.istruzione.itsito: [www.](http://www.istitutocomprensivocomorebbio.it/)iccomorebbio.gov.it**Scuola Secondaria di I****PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO** |
| ALUNNO |
| NATO IL A  |
| RESIDENTE A |
| CLASSE / SEZIONE |
| **ANNO SCOLASTICO 20 /20** |
| **CODICE FISCALE**  |
| **CODICE SPECIFICO ALUNNO** (Vedi Diagnosi Funzionale) |

|  |
| --- |
| **COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO** |
| **SCUOLA**  |
| Dirigente Scolastico:  |
| Docente di sostegno:  |
| Docenti curricolari:  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Operatore psicopedagogico o altro |
| **AZIENDE SANITARIE**  |
| Coordinatore U.M.D.:  |
| Altri operatori: |
|  |
|  |
|  |
| **ENTI LOCALI** |
|  |
|  |
| **FAMIGLIA** |
|  |
|  |
| 1. **PROGETTOTERAPEUTICO RIABILITATIVO**
 |
| **OBIETTIVI** |
|  |
| **INTERVENTI E MODALITÀ** |
|  |
| **VERIFICA INTERMEDIA** |
|  |
| **VERIFICA FINALE** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **PROGETTO DI SOCIALIZZAZIONE, DI ASSISTENZA**

**E DI INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITA’** |
| **OBIETTIVI** |
|  |
| **INTERVENTI E MODALITÀ** |

Condivisione insegnanti di classe: data: firma:

Condivisione con i genitori: data: firma:

**VERIFICA INTERMEDIA**

Condivisione insegnanti di classe: data: firma:

Condivisione con i genitori: data: firma:

**VERIFICA FINALE**

Condivisione insegnanti di classe: data: firme:

Condivisione con i genitori: data: firme:

|  |
| --- |
| 1. **PROGETTO EDUCATIVO - DIDATTICO**
 |
| **OBIETTIVI** |
|  |
| **INTERVENTI E MODALITÀ** |
|  |

Condivisione insegnanti di classe: data: firme:

Condivisione con i genitori: data: firme:

**VERIFICA INTERMEDIA**

Condivisione insegnanti di classe: data: firme:

Condivisione con i genitori: data: firme:

**VERIFICA FINALE**

Condivisione insegnanti di classe: data: firme:

Condivisione con i genitori: data: firme:

|  |
| --- |
| 1. **PROGRAMMAZIONE EDUCATIVO-DIDATTICA PERSONALIZZATA (da allegare)**
 |
|  **PRIMO INCONTRO** |
| **Eventuali osservazioni** |
|  |

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRME

|  |
| --- |
|  **VERIFICA INTERMEDIA** |
| **Sintesi ed eventuale ridefinizione degli interventi** |
|  |

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRME

|  |
| --- |
| **VERIFICA FINALE** |
|  |

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRME

**IL CONSIGLIO DI CLASSE / L’EQUIPE PEDAGOGICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Docente** | **Qualifica** | **Firma** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |