

**Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “BUONARROTI”**

Via IV Novembre, 38 - 20094 Corsico (MI) - tel. 02.45100100

Cod. Mecc. MIIC88800V

email: miic88800v@istruzione.it; p.e.c. miic88800v@pec.istruzione.it

www.icbuonarroticorsico.ed

**MODELLO D – PIANO INDIVIDUALE DI PREVENZIONE DELLE CRISI COMPORTAMENTALI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FUNZIONE INDIVIDUATA COME PRIORITARIA |  |  |
| VERIFICHE DA APPORTARE AL CONTESTO |  |  |
| MODIFICHE NELL’ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO SCOLASTICO |  |  |
| MODIFICHE NELLE RISPOSTE DEGLI ADULTI E DEI COMPAGNI |  |
| MODIFICHE NELL’INSEGNAMENTO |  |  |
| PROCEDURE DI ESTINZIONE DEL COMPORTAMENTO |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **IMPEGNI DELLA FAMIGLIA** |
| La famiglia, consultata in data……………..ha espresso il seguente parere sul piano di prevenzione sopra riportato: |
| In collegamento con tale piano, consapevole della necessità di mantenimento di profili di comportamento omogenei tra tutti gli adulti, i familiari si impegnano a: |

 |
|  |

|  |
| --- |
| **In caso di alunno certificato e/o seguito da clinici privati o pubblici** |
| Il dott./la dott.ssa …., in data …., ha espresso il seguente parere sul piano di prevenzione sopra riportato: |
|  |
| In collegamento a tale piano, consapevole della necessità di definizione di interventi coordinati tra le istituzioni coinvolte si impegnano come segue: |
|  |
|

|  |
| --- |
| È stata valutata la necessità di uso di farmaci per il controllo del comportamento? SI’ NO  |

 |
|

|  |
| --- |
| In caso sia necessaria la somministrazione di farmaci a scuola, il protocollo relativo è stato avviato in data …………………..  |

 |

|  |
| --- |
| **In caso di coinvolgimento dei servizi sociali:****CONSIDERAZIONI DEI SERVIZI SOCIALI** |
| I servizi sociali nelle persone di …. |
| Hanno preso visione del presente piano di prevenzione e hanno espresso il seguente parere:  |
| In collegamento a tale piano, consapevole della necessità di definizione di interventi coordinati tra le istituzioni coinvolte si impegnano come segue:Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **In caso di alunno certificato:** Il presente piano di prevenzione viene allegato al PEI dell’alunno in data ……………… **In caso di alunno con Bisogni Educativi Speciali** Il presente piano di prevenzione viene allegato al PDP dell’alunno in data …………..  |