

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “BUONARROTI”**

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

email: [miic88800v@istruzione..it](mailto:miic88800v@istruzione..it); p.e.c. [miic88800v@pec.istruzione.it](mailto:miic88800v@pec.istruzione.it)

C.M. MIIC88800V – C.F. 80102470152

[www.icbuonarroticorsico.edu.it](http://www.icbuonarroticorsico.edu.it)

**PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO PER ALUNNI BES NON CERTIFICATI**

**(PDP 2)**

**Anno scolastico:**

**Referente Inclusione:**

**Insegnanti di Sezione/classe di riferimento:**

**Rif.: Piano Inclusione d’Istituto**

**DATI ANAGRAFICI DELL’ALUNNO**

Nome Cognome

Data e Luogo di nascita

Sezione/classe Plesso

**RICOGNIZIONE DEI BISOGNI**

Si riportano di seguito gli esiti delle strategie messe in atto per la ricognizione dei bisogni educativi speciali.

**Tempi:** possibilmente entro due mesi dall’inizio dell’anno, al massimo entro il 1°quadrimestre.

**Azioni**:

* **Osservazione diretta in classe da parte degli insegnanti.**
* **Consultazione di eventuali relazioni**
* **Incontri/colloqui con la famiglia.**

**Esiti** (indicare il tipo di bisogno educativo speciale emerso):

**TIPOLOGIA DI BISOGNO EDUCATIVO SPECIALE**: indicare con **X**

**□ A** Alunno in una situazione di svantaggio socio-economico-culturale;

**□ B**  Alunno con disagio comportamentale/relazionale;

**□ C**  Alunno con Disturbi Evolutivi Specifici o altro (specificare):

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GRIGLIA OSSERVATIVA per ALUNNI CON BESn.c.** | **Sì** | **No** | **in parte** |
| Il suo **linguaggio verbale non** è **adeguato all’età** |  |  |  |
| Manifesta **difficoltà** nel **relazionarsi con le insegnanti** |  |  |  |
| Manifesta **difficoltà** nel **relazionarsi con i compagni** |  |  |  |
| Manifesta **difficoltà** nell’**esprimere verbalmente i suoi bisogni** |  |  |  |
| Manifesta **difficoltà** nella **comprensione delle regole** |  |  |  |
| Manifesta **difficoltà** nel **rispetto delle regole** |  |  |  |
| Manifesta **difficoltà** nella **comprensione** delle **consegne** relative alla routine quotidiana |  |  |  |
| Manifesta **difficoltà** nello **svolgimento** delle **attività didattiche** |  |  |  |
| Manifesta **difficoltà** a **concentrarsi nel corso delle attività didattiche** |  |  |  |
| Non presta attenzione ai **richiami dell’insegnante** |  |  |  |
| Manifesta **timidezza** |  |  |  |
| Utilizza in **modo inadeguato** i **materiali** per le attività didattiche |  |  |  |
| **Non viene coinvolto** dai compagni nelle **attività di gioco/ricreative** |  |  |  |
| Tende ad **isolarsi** nei **momenti di gioco** |  |  |  |
| Dimostra **scarsa fiducia** nelle **proprie capacità** |  |  |  |
| **Non ha** ancora raggiunto il **controllo sfinterico** |  |  |  |

**PERCORSO/PROGETTO PERSONALIZZATO DI INCLUSIONE:**

Indicare lo sviluppo del percorso formativo ipotizzato a partire dall’analisi dei bisogni.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **STRATEGIE METODOLOGICHE** | * Incoraggiare l’apprendimento collaborativo favorendo le attività in piccoli gruppi. * Predisporre azioni di tutoraggio. * Organizzare il lavoro in micro obiettivi. * Privilegiare l’apprendimento esperienziale. * Assegnare tempi personalizzati allo svolgimento delle attività |
| **FIGURE PROFESSIONALI** | * Docenti curricolari * Docenti di sostegno |
| **MODALITA’ DI VERIFICA e VALUTAZIONE** | Si concordano seguendo i seguenti criteri e modalità:  - attraverso l’osservazione sistematica e/o periodica  - attraverso la routine quotidiana  - attraverso le risposte dell’alunno (verbali e non)  - attraverso l’attività grafica |

**PATTO FORMATIVO CON LA FAMIGLIA (PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO)**

Si concorda con la famiglia che saranno svolte attività didattiche individualizzate:

- attività di consolidamento e/o potenziamento;

- attività a piccoli gruppi.

**Considerata** la normativa vigente, il POF e l’autonomia scolastica

**si concorda:**

* **L’ELABORAZIONE**
* **L’AGGIORNAMENTO**

**del presente Piano Personalizzato per l’alunno/a**:

**Firma dei genitori**:………………………………………………………………………………….

In caso di firma da parte di un solo genitore:

**IL GENITORE FIRMATARIO DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’ CHE NON SUSSISTONO OPPOSIZIONI DA PARTE DI ALTRA PERSONA CHE ESERCITA LA LEGITTIMA RESPONSABILITA’ GENITORIALE NEI CONFRONTI DEL/LA FIGLIO/A**.

**Le insegnanti di riferimento:………………………………………………………………………**

**Il Dirigente Scolastico:……………………………………………………………………………..**

**Corsico, …………………**