



**ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE**  
**LICEO SCIENTIFICO** OPZIONE SCIENZE APPLICATE

**FRANCESCO GIORDANI**



VIA LAVIANO, 18 – 81100 CASERTA - CENTRALINO 0823.327359 – FAX 0823.325655  
E\_MAIL CETF0200X@ISTRUZIONE.IT - SITO WEB: [WWW.GIORDANICASERTA.IT](http://WWW.GIORDANICASERTA.IT)  
COD. ISTITUTO CETF0200X - DISTRETTO SCOLASTICO N.12 - C.F. 80009010614

## PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

Anno scolastico 2015/2016

Alunno: \_\_\_\_\_

classe: \_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Prof. di Sostegno

---

## PRESENTAZIONE

<b>Dati dell'alunno:</b>		
cognome	nome	data di nascita
luogo di nascita	residenza	telefono

**Diagnosi Medica:** \_\_\_\_\_

---

**Dati anamnestici:** \_\_\_\_\_

---

**Conseguenze funzionali:** \_\_\_\_\_

<i>TIPOLOGIA DELL'HANDICAP</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La scuola è in possesso di diagnosi funzionale</li> </ul>	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La scuola è in possesso di certificazione medica</li> </ul>	SI	NO

<b>CARATTERISTICHE FISICHE</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buono stato di salute</li> </ul>	SI	NO	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficoltà di fonazione</li> </ul>	SI	NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Armonia sta/ponderale</li> </ul>	SI	NO	<ul style="list-style-type: none"> <li>se si quali? <u>Difficoltà nella pronuncia.</u></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presenta dismorfismi</li> </ul>	SI	NO				
se si quali? _____ _____			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buona funzionalità visiva</li> </ul>	SI	NO	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buona funzionalità uditiva</li> </ul>	SI	NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilizza protesi sanitarie o ausili tecnici</li> </ul>					SI	NO
se si quali? _____ _____						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esperienze scolastiche precedenti: _____</li> </ul>						

▪ <b>Interventi riabilitativi</b>	SI	NO
se si quali? _____ _____		
▪ <b>Trattamenti farmacologici</b>	SI	NO
se si quali? _____ _____		

<b>FUNZIONALITA' PSICOMOTORIA</b>					
▪ <b>Coordinazione dinamica generale</b>	SI	NO			
▪ <b>Dominanza laterale:</b>	destra <input type="checkbox"/>	sinistra <input type="checkbox"/>			
	crociata <input type="checkbox"/>	non acquisita <input type="checkbox"/>			
▪ <b>Motricità fine</b>	SI	NO			
▪ <b>Coordinazione spazio - temporale</b>	SI	NO			
<b>CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI</b>					
▪ <b>Aggressività</b>	SI	NO	▪ <b>Dipendenza</b>	SI	NO
▪ <b>Partecipazione</b>	SI	NO	▪ <b>Accettazione regole</b>	SI	NO
<b>Eventuali altre osservazioni:</b> _____ _____					

<b>QUADRO FAMILIARE</b>				
<b>Grado di parentela</b>	<b>Nome e Cognome</b>	<b>Età</b>	<b>Professione</b>	
▪ <b>L'alunno vive in famiglia</b>	SI	NO		
se no dove? _____ _____				

**Caratteristiche della classe**

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

\_\_\_\_\_

Caratteristiche della classe in relazione all'accoglienza dell'allievo in situazione di handicap:

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

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

- Docente specializzato per il sostegno n. ore settimanali \_\_\_\_\_
- Personale educativo assistenziale n. ore settimanali \_\_\_\_\_
- Altre figure mediatrici (volontario, tutor, ...) n. ore settimanali \_\_\_\_\_

**ORARIO DELLE LEZIONI:**

ORA	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB
1						
2						
3						
4						
5						
6						

**ORARIO DI SOSTEGNO:**

ORA	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB
1						
2						
3						
4						
5						
6						

**COMPETENZE ACQUISITE RISPETTO ALLE AREE**

**AREA PSICO-MOTORIA** (schema corporeo, percezione, coordinazione motoria, lateralizzazione e coordinazione oculo-manuale, orientamento spazio-temporale, motricità fine, motricità globale, funzionalità visiva e uditiva, autonomia personale).

---

---

**AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE** (autostima, motivazione, partecipazione, relazione interpersonale, integrazione).

---

---

**AREA COGNITIVA** (livello di sviluppo cognitivo, attenzione, memoria, processi di selezione – recupero - elaborazione dell'informazione, tempi e modalità di apprendimento).

---

---

**AREA LINGUISTICO-ESPRESSIVA** (ascolto, comprensione e produzione dei linguaggi verbali e non verbali, lettura, scrittura, competenze linguistiche, capacità comunicative ed espressive).

---

---

---

**AREA LOGICO-MATEMATICA** (forme e colori, concetti topologici, processi di seriazione e di classificazione, concetto di quantità e di numero, calcolo scritto e mentale, logica, risoluzioni di problemi, capacità di astrazione).

---

---

---

**L'ambiente scolastico ed extra – scolastico**

---

---

**Scolarità precedente**

---

---

### **PROGRAMMAZIONE DIDATTICA/EDUCATIVA INDIVIDUALIZZATA**

**Il consiglio di classe constatando le sue buone capacità mentali approva una programmazione “semplificata” o “per obiettivi minimi” che da diritto al titolo legale di studio, che prevede:**

- Il raggiungimento di obiettivi per aree disciplinari.
- Il raggiungimento di obiettivi *differenziati in tutte le materie.*
- Il raggiungimento almeno degli obiettivi *minimi* programmati per la classe *in tutte le materie.*
- Il raggiungimento degli obiettivi *minimi* della classe in tutte le materie *e/o solo nelle seguenti materie:*

.....

## TIPO DI PROGRAMMAZIONE

- una programmazione semplificata.
- una programmazione differenziata *nei contenuti e nei tempi*.
- una programmazione di integrazione di abilità sociali per *campi di esperienza*:
  - Tramite la promozione delle seguenti aree:
    - Autonomie Personali**
    - Autonomie Sociali**
    - Autostima: Autoefficacia, Autoregolazione, Autocontrollo**

## OBIETTIVI EDUCATIVI

---

---

---

---

## STRATEGIE DIDATTICHE

---

---

---

---

## VALUTAZIONE

---

---

---

Firma dei componenti del Consiglio di Classe

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Caserta \_\_\_/\_\_\_/2015

Il Dirigente Scolastico  
(prof. Antonella Serpico)