



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata
Direzione Generale

Via Mazzini 80 – 85100 Potenza - 0971/330711 – fax 0971/410381 e-mail: direzione-basilicata@istruzione.it

Prot. n.1298B/19
2004

Potenza, 3 marzo

- Ai Dirigenti scolastici delle
Scuole Elementari e
Medie di I grado della Regione

LORO SEDI

OGGETTO: Ridefinizione organico di sostegno a favore degli alunni disabili per l'anno scolastico 2004/2005.

Si comunica alle SS.LL. che si rende necessario ridefinire, per l'anno scolastico 2004/2005, l'Organico della scuola Materna, Elementare e Media di I grado della Regione con riferimento sia ai posti di sostegno che all'istituzione delle prime classi.

Le SS.LL. avranno cura di far pervenire, al **CSA territorialmente competente di Potenza e di Matera**, entro e non oltre il **11 marzo 2003** le loro richieste motivate dalla seguente documentazione:

1. Diagnosi funzionale che documenta le aree di potenzialità e funzionalità degli alunni disabili, necessariamente aggiornata ad ogni passaggio di ciclo scolastico.
2. Quadro riassuntivo, allegato A, redatto dal Referente GLH compilatore e sottoscritto dal Dirigente scolastico.
3. Scheda identificativa, allegato B, del Percorso Formativo Individualizzato per ciascun alunno disabile, quale quadro complessivo del Progetto di integrazione scolastica e sociale.
4. Scheda, allegato C, relativa alle proposte di riduzione numerica della classe, sottoscritta dal Dirigente scolastico.

Si raccomanda una tempestiva e completa trasmissione della documentazione richiesta onde consentire agli Uffici competenti una rapida definizione dell'Organico relativo al prossimo anno scolastico 2004/2005.

Eventuali domande tardive o incomplete non potranno essere accolte poiché ritardano gli adempimenti di competenza entro la chiusura delle aree da parte del sistema informatico ministeriale.

IL DIRETTORE GENERALE
Franco INGLESE

M. Di Trana

All. A QUADRO RIASSUNTIVO ALUNNI DISABILI A.S. 2004/2005

SCUOLA MATERNA _____

Tel. _____

Fax _____

e-mail _____

N.	Cognome e Nome dell'alunno	SZ	RIP	Sede di frequenza (Sede centrale o plesso)	Ente certificante/ Data diagnosi funzionale	Tipologia di handicap*					Gra- vità	Auto- nomia	Ore di sostegno previste nel PEI
						Ps.	Ud.	Vi.	Dw.	Aut.			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													

Referente GLH
compilatore _____

Data, _____

Timbro

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

* Leggenda: barrare con una X

Ps. Psicofisico

Ud. Udito

Vi. Vista

Dw. Down

Aut. Autistico

Gravità : SI - NO

Autonomia : SI - NO

All. A QUADRO RIASSUNTIVO ALUNNI DISABILI A.S. 2004/2005

SCUOLA ELEMENTARE _____

Tel. _____

Fax _____

N.	Cognome e Nome dell'alunno	CL	RIP	Sede di frequenza (Sede centrale o plesso)	Ente certificante/ Data diagnosi funzionale	Tipologia di handicap*					Gra- vità	Auto- nomia	Ore di sostegno previste nel PEI
						Ps.	Ud.	Vi.	Dw.	Aut.			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													

Referente GLH
compilatore _____

Data , _____

Timbro

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

* Leggenda: barrare con una X

Ps. Psicofisico

Ud. Udito

Vi. Vista

Dw. Down

Aut. Autistico

Gravità : SI - NO

Autonomia : SI - NO

All. A QUADRO RIASSUNTIVO ALUNNI DISABILI A.S. 2004/2005

SCUOLA MEDIA I Grado

N.	Cognome e Nome dell'alunno	CL	RIP	Sede di frequenza (Sede centrale o plesso)	Ente certificante/ Data diagnosi funzionale	Tipologia di handicap*					Gra- vità	Auto- nomia	Ore di sostegno previste nel PEI
						Ps.	Ud.	Vi.	Dw.	Aut.			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													

Referente GLH
compilatore _____

Data, _____

Timbro

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

* Leggenda: barrare con una X

Ps. Psicofisico

Ud. Udito

Vi. Vista

Dw. Down

Aut. Autistico

Gravità : SI - NO

Autonomia : SI - NO

ALL. C PROPOSTE DI RIDUZIONE NUMERICA DELLA CLASSE
IPOTESI DI PERCORSO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO
Anno Scolastico 2004/2005

PLESSO _____

Alunno _____ classe _____

Tipologia di handicap: Psicofisico Audioleso Videoleso

Down Autistico Williams

**1) RAGIONI DELLA RIDUZIONE NUMERICA DELLA CLASSE IN RAPPORTO ALLE
ESIGENZE FORMATIVE DELL'ALUNNO:**

a) Bisogni formativi dell'alunno disabile: _____

b) Organizzazione didattica con possibilità di costituzione dei "gruppi classe" secondo criteri di
flessibilità organizzativa e funzionale (art. 21 c. 8 -9 legge n. 59/97)

**2) STRATEGIE DI INTERVENTO DA ADOTTARE PER SVILUPPARE LE POTENZIALITA'
PRESENTI O RESIDUE, VALUTANDO LE RISORSE COMPLESSIVE DELLA SCUOLA:**

3) MODELLI DI INTERVENTO PER L'AVVIO DEL PIANO DIDATTICO INDIVIDUALIZZATO:

a) Ruolo dei docenti di classe _____

b) Ruolo del docente di sostegno _____

c) Ruolo degli altri operatori in servizio nella scuola _____

**4) ESITI FORMATIVI PREVEDIBILI A SEGUITO DEI PERCORSI DIDATTICI
INDIVIDUALIZZATI IN CLASSE NUMERICAMENTE RIDOTTA**

DATA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
