

**PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO (PDP)**

anno scolastico 201.../201...

**1. DATI GENERALI**

<b>ALUNNO:</b>			
<b>CLASSE:</b>		<b>N. DI ALUNNI DELLA CLASSE</b>	
<b>NATO A:</b>		<b>IL:</b>	
<b>NAZIONALITÀ:</b>			
<b>DIAGNOSI SPECIALISTICA:</b>	(Indicare la tipologia di D.S.A.: es. dislessia, discalculia, etc.)		
<b>EFFETTUATA PRESSO:</b>	(Indicare l'Ente di riferimento/oppure se effettuata privatamente)	<b>IL:</b>	
<b>PROTOCOLLATA IL:</b>			
<b>SPECIALISTI:</b>	(Indicare il/i nominativo/i del/i tecnico/i di riferimento per i rapporti fra Scuola ed Ente sanitario)		
<b>TRATTAMENTI RIABILITATIVI:</b> (Tipologia, durata, cadenza, risultati ottenuti, etc.)			

## **2. DATI DESUNTI DALLA DIAGNOSI E OSSERVAZIONI RILEVATE A SCUOLA (PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ)**

### **3. STRUMENTI COMPENSATIVI E MISURE DISPENSATIVE, METODOLOGIE E STRATEGIE INDIVIDUALIZZATE E PERSONALIZZATE, FORME DI VERIFICA E VALUTAZIONE PERSONALIZZATE**

- **PRIMO PERIODO DIDATTICO**

- **SECONDO PERIODO DIDATTICO (secondo quadrimestre)**

In data ..... il Consiglio di Interclasse delibera di:

[ ] confermare il presente PDP anche per il secondo periodo didattico

[ ] aggiornare il PDP con le seguenti modifiche o integrazioni, dandone comunicazione alla  
famiglia

Il Coordinatore

.....

### **4. PATTO DI CORRESPONSABILITÀ: strategie concordate tra docenti, famiglia e alunno per favorire la continuità del percorso educativo casa-scuola**

### **EVENTUALI INDICAZIONI PER IL PASSAGGIO ALLA CLASSE SUCCESSIVA O AD ALTRO ORDINE DI SCUOLA**

**FIRMA DI APPROVAZIONE**

*I Docenti dell'èquipe pedagogica/del Consiglio di Classe*

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Documento valido per la durata di un anno scolastico, approvato in data\_\_\_\_\_

Consegnato alla Famiglia

Firma del/dei Genitore/i

in data\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico\_\_\_\_\_