.

**DIREZIONE DIDATTICA STATALE**

#### Via G. Deledda, 2 - 09036 - GUSPINI

#### (codice fiscale 91011420923 – Tel. 070/970051)

#### peo: caee046004@istruzione.it - pec: caee046004@pec.istruzione.it

#### sito web: www direzionedidatticastataleguspini.edu.it

**SCUOLA PRIMARIA**

**VERIFICA QUADRIMESTRALE**

PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO

**A. S. 2023-2024**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PDP** predisposto per l’alunno/a:  |  | in data: |  |
| Scuola Primaria: |  | classe:  |  |

A seguito della Valutazione Quadrimestrale svoltasi in sede di scrutinio in data ..…. si è rilevato che il **Piano Didattico Personalizzato** è stato funzionale:

☐ **SÌ**, pertanto, si prosegue con la sua applicazione senza apportare modifiche, dandone comunicazione alla famiglia durante l’incontro operativo.

**☐NO**, pertanto, si rende necessario predisporre:

☐ un adeguamento degli obiettivi didattici

☐ un adeguamento degli interventi metodologici, delle misure dispensative e compensative

☐ altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**previa condivisione** con la famiglia e, se necessario, con gli specialisti.

**(SOLO PER LE CLASSI 2° E 5°)** Il/i genitore/i  **è /sono** **non è /non sono** favorevole/i allo svolgimento delle prove **INVALSI** fuori dalla classe con un docente per la lettura a voce alta e lo svolgimento delle prove con tempi maggiori, oppure dentro l’aula con l’utilizzo di audio cuffie, sempre con tempi maggiori.

**La presenza e la condivisione del presente documento in modalità video conferenza****, è attestata dal Dirigente Scolastico o in caso di assenza/impedimento dal docente coordinatore di classe o dalla Funzione strumentale per l’inclusione 2 Dessì Daniela.**

**Il Team docente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ambito di competenza*** | ***Cognome e Nome*** | ***Firma*** |
| **Docente coordinatore di classe-** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Altre figure coinvolte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ambito di competenza*** | ***Cognome e Nome*** | ***Firma*** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Funzione Strumentale*** |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Presa visione della famiglia** | Padre  |  |
| in data |  | Madre |  |
| ***Il Dirigente Scolastico*** |  |
|  |  |