



UNIONE EUROPEA

FONDI STRUTTURALI EUROPEI

pon 2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per Interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'Istruzione e per l'Innovazione digitale
Ufficio IV



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GIULIO CESARE"
SAVIGNANO SUL RUBICONE (FC)

Via Galvani n. 4 – 47039 Savignano Sul Rubicone (FC) - Tel. 0541 945175
C.F. 90056130405 - C.M. FOIC81600G – Sito: www.icgiuliocesaresavignanorsr.edu.it
e-mail: foic81600g@istruzione.it pec: foic81600g@pec.istruzione.it



Profilo Dinamico Funzionale

Anno Scolastico 2021/2022

Cognome _____ Nome _____

Nato / a a _____ il _____

Residenza: _____ Via _____ Tel. _____

Nucleo familiare: Padre (professione _____)

Madre (professione _____)

Fratelli (professione _____)

Scuola dell'Infanzia _____ sez. _____

Scuola Primaria _____ cl. _____

Scuola Secondaria I grado _____ cl. _____

DISTRETTO 45 **ASL 39**

Classificazione Tipologia Deficit/Sindrome

intervento insegnante di sostegno ore settimanali _____

supporti assistenziali ore settimanali _____

altri interventi _____

attività terapeutiche riabilitative

ambito scolastico

con trasporto

ambito extrascolastico

Notizie utili _____

Curatori:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Data _____

AUTONOMIA

ORIENTAMENTO (spazio-temporale)

CURA DELLA PERSONA

RELAZIONI SOCIALI

MOTRICITÀ (indicare l'eventuale utilizzo di ausili tecnici)

COMPETENZE NELL'UTILIZZO DI MATERIALI, SUSSIDI, COMPUTER...

INTERESSI

AMPLIAMENTI/SOTTOLINEATURE

autonomia

interessi

SOCIALIZZAZIONE

SFERA EMOTIVO-AFFETTIVA

RAPPORTO CON I COMPAGNI

a) nel gruppo

b) nell'extrascuola

c) altro

RAPPORTO CON GLI ADULTI

a) a scuola _____

b) nell'extrascuola _____

c) altro _____

RAPPORTO CON L'ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA

AMPLIAMENTI/SOTTOLINEATURE

APPRENDIMENTO

QUADRO DELLA ABILITÀ

AMBITO LINGUISTICO (capacità, potenzialità, sviluppi e modalità d'azione)

AMBITO LOGICO-MATEMATICO (capacità, potenzialità, sviluppi e modalità d'azione)

a) Ambito _____ (capacità, potenzialità, sviluppi e modalità d'azione)

b) Ambito _____ (capacità, potenzialità, sviluppi e modalità d'azione)

AMPLIAMENTI/SOTTOLINEATURE

Data, _____

Firma del Team Docenti/Consiglio di Classe _____

Firma degli operatori ASL _____

Firma dei genitori _____

SE LA FIRMA SOVRASTANTE E' DI UN SOLO GENITORE, SARA' CURA DEL GENITORE FIRMATARIO COMPILARE E FIRMARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE

Il sottoscritto _____, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 *quater* del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data, _____

FIRMA DEL GENITORE _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.^{ssa} Catia Valzania