  

 **M**inistero dell’**I**struzione, dell’**U**niversità e della **R**icerca

 *Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

 **Istituto comprensivo “via Acquaroni”**

 Via Acquaroni, 53 00133 ROMA tel. 062050607

 Mail: rmic8e700q@istruzione.it Pec: rmic8e700q@pec.istruzione.it

 Codice Fiscale. 97713360580 – DIS. XVI

 Sito web http://www.istitutocomprensivoacquaroni.edu.it/

**Piano Educativo Individualizzato**

**anno scolastico 202…/202…**

Dati Anagrafici alunno n°…………..

Cognome:

Nome:

Sesso:

Data di nascita

Comune di nascita (o Stato per gli alunni stranieri): Pr:

Ordine scuola: Infanzia/ Primaria/ Secondaria di primo grado

classe: sezione: plesso:

Dati certificazione medica

Data Verbale L. 104/92 ……………………….

Classificazione ICD-10

Codice Prevalente ………………………………….

Codice Secondario ………………………………..

Codice Terziario ……………………………………

Beneficio L.104/92 art. 3 comma 1 art. 3 comma 3

Struttura sanitaria che ha emesso la certificazione: INPS di Roma

Prevista revisione diagnosi clinica: SI NO Data Revisione:

Presenza diagnosi funzionale: SI NO Data Diagnosi:

PEI & PDF

data PEI : …………………………………………….

Data PDF: …………………………………………….

Misure di sostegno: personale e ore settimanali di sostegno

Presenza assistenza di base – ATA scuola: SI NO

Presenza della figura educativo – assistenziale oepa: SI NO

Ore previste: non quantificate oppure ….. Ore assegnate……….

Necessità della figura dell’assistente per autonomia e comunicazione: SI NO

Ore previste: non quantificate oppure ….. Ore assegnate……….

Le ore di sostegno sono state oggetto di una sentenza: SI NO

Ore complessive assegnate docente di sostegno: ………..