IONE,DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DELLA SARDEGNA

izi Amministrativi di Nuoro

ADEGUAMENTO DELL'ORGANICO DI SOSTEGNO ALLA SITUAZIONE DI FATTO

Istituto:..... Anno scolastico:..... **Quadro 1**

Livello scolastico: Materna ❑ Elementare ❑ Media ❑ Superiore ❑

A seguito della programmazione educativa approvata dal collegio dei docenti e sulla base della documentazione allegata, attestante i livelli di compromissione funzionale e di gravità pedagogica degli alunni in situazione di handicap iscritti,

il sottoscritto chiede

N°…… UNITA' di sostegno e/o N°…… ORE di sostegno.

QUADRO N°1 - RILEVAZIONE ALUNNI DIVERSAMENTE ABILI

PLESSO O SEDE	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	Classe e/o sezione	Totale alunni classe	Assistente si/no	Tempo Scuola □	TIPO DI HANDICAP								Area disciplinare di prevalente interesse individuata (solo per le Superiori)	n° ore settimanali di sostegno richieste
							Non Vedente	Non udente	Down	Cerebropatico	Fisico	Ritardo Mentale	Disturbi Relazione	Situazione di particolare gravità		

Totale alunni in situazione di handicap N°..... Di cui particolarmente gravi N° .....

DATA .....

IL CAPO D'ISTITUTO

.....