**Intestazione dell’Istituto Scolastico**

**Profilo Descrittivo di Funzionamento della Persona e Progetto Multidisciplinare**

Cognome…………………………………………….Nome………………………………………..

Nato a ……………………………………………….Il………………………………………………

Residente a ………………………………………………………………………………………….

Scuola frequentata ………………………………………………………………………………….

Aggiornato al…………………………………………………………………………………………

**Attività e Partecipazione (ICF)**

*Descrivete* ***solo*** *l’entità delle limitazioni e gli eventuali punti di forza delle attività e della partecipazione che appaiono significative per la persona.*

*La descrizione deve essere fatta in forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice ICF completo dei suoi qualificatori in termini di* **Performance globale** *(ciò che la persona fa avvalendosi - facilitatori e barriere compresi),* **Performance 1** *(ciò che la persona fa con facilitatori e barriere strumentali, senza l’influenza delle persone) e* **Capacità** *(ciò che la persona sarebbe in grado di fare da sola, senza facilitatori né barriere di alcun tipo). Utilizzare come traccia la checklist allegata.*

**d1**. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE

**d2**. COMPITI E RICHIESTE GENERALI

**d3**. COMUNICAZIONE

**d4**. MOBILITA’

**d5**. CURA DELLA PROPRIA PERSONA

**d6**. VITA DOMESTICA

**d7**. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI

**d8**. AREE DI VITA PRINCIPALI

**d9**. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA’

**Elementi per la definizione del Progetto Multidisciplinare**

1. LE COSE PIÙ IMPORTANTI DA PROGRAMMARE

**b)** AZIONI SOCIALI ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA(riportare ad esempio le azioni attivate).

**c)** AZIONI SANITARIE ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA(riportare ad esempio i trattamenti o le azioni attivate).

**d)** AZIONI SCOLASTICHE ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA (riportare ad esempio le azioni attivate).

**L’alunno necessita A**

Assistenza sanitaria a scuola 􀂆 **Sì** 􀂆 **No**

Utilizzo di prodotti, adattamenti ambientali e tecnologie 􀂆 **Sì** 􀂆 **No**

(utilizzo pc/ tablet)

Assistenza di base (CCNL Comparto Scuola) 􀂆 **Sì** 􀂆 **No**

Assistenza Specialistica (nota 30/XI/2001 prot. 3390) 􀂆 **Sì 􀂆 No**

Referenti responsabili per i vari interventi

Referente sanitario

|  |
| --- |
| **IDONEITA’ ALLA FREQUENZA DELLE STRUTTURE FORMATIVE IN CUI SIANO**  **PREVISTE ATTIVITA’ DI LABORATORI**  Richiesta in relazione all’incolumità dell’alunno/a -CM 400 del 31/12/9- Istituti Tecnici Professionali ed Artistici e Formazione Professionale    **􀂆** IDONEO **􀂆** NON IDONEO |

**VERBALE DELLA STESURA DEL PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO**

**A CURA DELL’UNITA’ MULTIDISCIPLINARE INTEGRATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | Qualifica | Firma |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Data di stesura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualora risulti impossibile acquisire la firma del secondo genitore si prega di leggere e firmare la parte sottostante

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_