|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo.bmp | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "MASACCIO"**- ARIC827001 -Viale Gramsci, 57 - 52027 SAN GIOVANNI VALDARNO (AR)**Tel.** 0559126120 – **fax.** 0559126131www.icmasaccio.gov.it **p.e.o.** aric827001@istruzione.it -  **p.e.c**. aric827001@pec.istruzione.it **c.f.** 81003770518  | http://www.icmasaccio.gov.it/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/masaccio.png |

Prot.

Al Dottor/Alla Dottoressa …………………………………………. ASL n° ……………………………

**OGGETTO:** segnalazione difficoltà di apprendimento.

La/ il sottoscritta/ o Prof.ssa/ Prof………………………, coordinatore della classe ………. della scuola Primaria/ Secondaria di primo grado dell’Istituto Comprensivo “Masaccio” di San Giovanni Valdarno, a seguito del consiglio di interclasse/ classe tenutosi il giorno …………..e precedenti, in accordo con la famiglia, riferisce che l’alunna/o………………...……., nata/o a………………., il ………………..iscritta/o nella classe ………… , presenta difficoltà generalizzate in alcune/ tutte le aree di apprendimento. Nello specifico, l’alunna/o risulta caratterizzata/o da:

o lettura ………………………….

o difficoltà nella comprensione di un testo;

o scrittura con …………………………..(omissioni, sostituzioni, doppie, accenti, uso dell’h, uso dell’apostrofo, separazioni, difficoltà nel seguire la dettatura);

 o calcolo con difficoltà ……………………… (nel recupero dei fatti aritmetici e formule geometriche, nell’incolonnamento matematico, nelle procedure da intraprendere, nel problem solving, nella riproduzione e comprensione del disegno geometrico).

L’alunna/o appare nelle relazioni con i coetanei e con gli insegnanti……………………… Durante le verifiche orali (programmate) e scritte manifesta ……….................................................................. L’alunna/o, già da tempo/ dai precedenti anni scolastici/ dallo scorso anno scolastico/ da qualche mese, è stata/ o supportata/o negli apprendimenti con materiale compensativo (mappe, sintesi, schemi e personalizzazione dei contenuti) e con le misure dispensative previste dalla Dir. BES del 27/12/2012.

Pertanto, in accordo con la famiglia, il Consiglio di interclasse/ classe chiede un approfondimento diagnostico per verificare le varie difficoltà di apprendimento manifestate dall’alunna/ o.

Per ogni comunicazione si prega di contattare il Coordinatore del team/ classe o il Dirigente scolastico.

Cordiali saluti

San Giovanni Valdarno, ……… Dirigente scolastico Prof. Francesco Dallai

 Il Coordinatore della classe

**Si rilascia la presente documentazione a richiesta dell’interessato/a e per gli usi consentiti dalla legge.**

**Da compilare e sottoscrivere nel caso in cui la domanda sia formulata da uno solo dei genitori:** *“Ai sensi e per gli effetti dell’art.47 del DPR 28.12.2000, n. 45, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che...…….…………………………………………………………..……………………….madre/padre dell’alunno/a…………….…………………………………………………… è a conoscenza e d’accordo circa le scelte esplicitate attraverso la presente domanda”.*

Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_