|  |
| --- |
| **RELAZIONE PER LA COMMISSIONE D’ESAME**  **ALLEGATO RISERVATO AL DOCUMENTO DEL 15 MAGGIO**  **(ai sensi del D.P.R. 323/1998, O.M. 90/2001, L. 170/2010 e D.M. 27/12/2012)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI ANAGRAFICI DELLO/A STUDENTE/STUDENTESSA** | |
| Cognome e nome  Nato/a a .............................  il .............................. | A.S. ....../.......  Indirizzo di studio: ....................................  Classe: ...................... |

|  |  |
| --- | --- |
| **PRESENTAZIONE DELLO/A STUDENTE/ESSA CON DSA** | |
| Diagnosi |  |
| Data ultima diagnosi: ................  Rilasciata da: ....................... |
| Difficoltà connesse |  |
| Caratteristiche del processo di apprendimento |  |
| Breve descrizione del percorso scolastico  *Indicare la tipologia di percorso: ordinario o con esonero dall’insegnamento della/e lingua/e straniera/e* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PRESENTAZIONE DELLO/A STUDENTE/ESSA CON ALTRI BES** | |
| Tipologia di BES rilevato dal C.d.C./segnalato da relazione diagnostica |  |
| Motivazioni alla base dell’adozione del PDP |  |
| Caratteristiche del processo di apprendimento |  |
| Breve descrizione del percorso scolastico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **METODOLOGIE E PROCEDURE DIDATTICHE** | |
| Interventi di personalizzazione adottati dal C.d.C.  (*Indicare brevemente i contenuti semplificati e/o differenziati affrontati, gli obiettivi e le competenze personalizzati raggiunti, gli accorgimenti messi in atto per favorire il benessere dello/a studente/essa*) |  |
| Strumenti compensativi adottati dal C.d.C.  (*indicazione per singole discipline*) |  |
| Misure dispensative adottate dal C.d.C.  (*indicazione per singole discipline*) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **STRUMENTI E CRITERI DI VERIFICA** | |
| Tipologia di verifiche effettuate nel corso dell’anno scolastico  *Indicare per ciascuna disciplina: frequenza e tipologia delle verifiche somministrate (comuni alla classe, equipollenti o differenziate); tempi e luoghi di somministrazione (motivare eventuali differenziazioni); difficoltà incontrate nelle somministrazioni; ausili e supporti tecnologici utilizzati; eventuale supporto da parte dell’insegnante di sostegno o dell’assistente ad personam (descrivere l’intervento e motivarlo)* |  |
| Criteri/griglie di valutazione adottati nel corso dell’anno scolastico  (*indicazione per ciascuna disciplina*) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTECIPAZIONE ALLE PROVE INVALSI** | |
| Modalità di partecipazione  *Indicare: prove sostenute, eventuali esoneri* |  |
| Modalità di somministrazione  *Indicare: tipologia delle prove sostenute, tempi, strumenti compensativi e misure dispensative utilizzati, supporto dell’insegnante di sostegno o dell’assistente ad personam* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SIMULAZIONI DELLE PROVE D’ESAME** | |
| Modalità di formulazione ed esecuzione delle prove scritte  *Indicare: la tipologia delle prove somministrate (comuni alla classe, equipollenti e/o differenziate); tempi e luoghi di somministrazione (motivare eventuali differenziazioni); ausili e supporti tecnologici utilizzati; eventuale supporto da parte dell’insegnante di sostegno o dell’assistente ad personam (descrivere l’intervento e motivare)* |  |
| Modalità di predisposizione ed esecuzione del Colloquio  *Indicare: la tipologia della prova sostenuta (comune alla classe, equipollente o differenziata); tempi e luoghi di somministrazione (motivare eventuali differenziazioni); ausili e supporti tecnologici utilizzati; eventuale supporto da parte dell’insegnante di sostegno o dell’assistente ad personam (descrivere l’intervento e motivare)* |  |
| Difficoltà riscontrate nelle simulazioni |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INDICAZIONI PER LE PROVE DEGLI ESAMI DI STATO** | |
| PRIMA PROVA | |
| Tempi e durata |  |
| Modalità di esecuzione  *Indicare tipologia (prova ministeriale, prova tradotta in linguaggio braille o audio e/o video,**contenuti differenti o equipollenti), modalità di formulazione (modalità diverse), interventi di personalizzazione (mezzi diversi: es. apparecchiature informatiche), necessità di assistenza per l’autonomia e la comunicazione (motivare e descrivere l’intervento, specificare il nominativo dell’operatore), richiesta della presenza dell’insegnante di sostegno (motivare e descrivere l’intervento, specificare il nominativo), strumenti compensativi e misure dispensative\*.*  **\*solo in caso di certificazione ai sensi della L. 170/2010** |  |
| Modalità di valutazione |  |
| SECONDA PROVA  Discipline: | |
| Tempi e durata |  |
| Modalità di esecuzione  *Indicare tipologia (prova ministeriale, prova tradotta in linguaggio braille o audio e/o video, contenuti differenti o equipollenti), modalità di formulazione (modalità diverse), interventi di personalizzazione (mezzi diversi: es. apparecchiature informatiche), necessità di assistenza per l’autonomia e la comunicazione (motivare e descrivere l’intervento, specificare il nominativo dell’operatore), richiesta della presenza dell’insegnante di sostegno (motivare e descrivere l’intervento, specificare il nominativo), strumenti compensativi e misure dispensative\** |  |
| Modalità di valutazione |  |
| COLLOQUIO | |
| Tempi e durata |  |
| Modalità di esecuzione  *Indicare tipologia (contenuti differenti o equipollenti), modalità di formulazione (modalità diverse), interventi di personalizzazione (mezzi diversi: es. apparecchiature informatiche), necessità di assistenza per l’autonomia e la comunicazione (motivare e descrivere l’intervento, specificare il nominativo dell’operatore), richiesta della presenza dell’insegnante di sostegno (motivare e descrivere l’intervento, specificare il nominativo), strumenti compensativi e misure dispensative\** |  |
| Modalità di valutazione |  |

**Si allegano**:

- La certificazione ai sensi della (L.104/92) /L. 170/2010 oppure relazione clinica è depositata agli atti (a cura della Segreteria didattica);

- copia del PDP (PEI) (a cura del docente);

- mappe concettuali e formulari utilizzabili durante le prove;

- griglie di valutazione personalizzate per le prove scritte e per il colloquio.

Chiari, .....................................

IL COORDINATORE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Docente di | Firma |
|  |  |  |

GLI ALTRI DOCENTI DEL CONSIGLIO DI CLASSE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Docente di | Firma |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

IL DIRIGENTE SCOLASTICO: ....................................................