|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOTTOSCRIZIONE DEL PDP** | | |
| Il team docenti/consiglio della classe \_\_\_\_\_\_\_\_ nella seduta del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, considerata la normativa di riferimento in vigore, le risultanze della documentazione dello studente (*sezione 1*), le osservazioni effettuate (*sezioni 2*), **condivide e concorda** sull’utilizzo di strategie e strumenti di didattica inclusiva sopra indicati (*sezioni 3 e 4*) per il successo formativo dell’alunno | | |
| **TEAM DOCENTI/CONSIGLIO DI CLASSE** | | |
| **Qualifica** | **Nome e Cognome** | **Firma** |
| Dirigente Scolastico |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Luogo e Data |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GENITORI/TUTORI** | | |
| **Qualifica** | **Nome e Cognome** | **Firma** |
| Genitori |  |  |
|  |  |
| Tutore/i |  |  |
| Luogo e Data |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ALLIEVO(se maggiorenne)** | |
| **Nome e Cognome** | **Firma** |
|  |  |
| Luogo e Data |  |