

Richiesta posti di sostegno in deroga per a.s. 2024/25 - 09/2024

Informazioni sul modulo

- **Data di chiusura del modulo:** 26/09/24
- **Ufficio che ha emesso il modulo:** Ufficio V - Ambito Territoriale di Bologna
- **Contatto di riferimento:** Servizi integrazione e sostegno alle disabilità, integrazione.bo@istruzioneer.gov.it
- **Link alla nota dell'ufficio scolastico:** [-\(-\)](#)

Note di compilazione

I dati vengono memorizzati man mano che vengono introdotti, senza attendere la pressione di un bottone in fondo alla pagina. È possibile sospendere la sessione di lavoro prima di aver completato la compilazione agendo sul bottone in fondo alla pagina con etichetta "Sospendi SENZA validare" oppure direttamente utilizzando una voce del menu.

È indispensabile che il compilatore dichiari completato il proprio lavoro agendo sul bottone in fondo alla pagina con etichetta "Valida questi dati".

I dati saranno visibili all'Ufficio Scolastico solo se il modulo viene validato, i moduli non validati verranno ignorati anche se contengono dei dati.

Per tutta la durata del periodo di apertura del modulo ogni utente compilatore potrà modificare i dati inseriti anche dopo una validazione, l'importante è ricordarsi di premere nuovamente il bottone "Valida questi dati" al termine delle modifiche.

Modulo non validato

Plesso/succursale/sezione staccata/indirizzo di studi per BOAATEST - NNN

I campi con * sono obbligatori.

P1 Numero totale alunni disabili frequentanti il plesso/succursale *	<input type="text"/>	
P2 Numero posti interi sostegno funzionanti nel plesso/succursale *	<input type="text"/>	<i>In caso di presenza di residui a spezzone, indicare i soli posti interi.</i>
P3 Iniziali dell'alunno per il quale si chiede la deroga *	<input type="text"/>	
P4.1 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione *	Scegli.. <input type="button" value="v"/>	
P4.2 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione	Scegli.. <input type="button" value="v"/>	
P4.3 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione	Scegli.. <input type="button" value="v"/>	
P4.4 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione	Scegli.. <input type="button" value="v"/>	
P4.5 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione	Scegli.. <input type="button" value="v"/>	
P4.6 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione	Scegli.. <input type="button" value="v"/>	
P5 Disabilità ex art. 3 comma 3 L. 104? *	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	
P6 Note	<input type="text"/>	
P7 Grado di scuola *	<input type="radio"/> AA <input type="radio"/> EE <input type="radio"/> MM <input type="radio"/> SS	
P8 Classe frequentata *	<input type="text"/>	
P9 Numero ore settimanali di funzionamento della classe *	<input type="text"/>	
P10 Numero totale alunni nella classe *	<input type="text"/>	
P11 Numero alunni disabili nella classe *	<input type="text"/>	
P12 Modello compilato *	<input checked="" type="radio"/> A <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F	
P13A Numero complessivo ore di sostegno in classe compresa la deroga (OD+deroga)	<input type="text"/>	
P14A Di cui (nel caso di più alunni) numero ore di sostegno effettivamente assegnate all'alunno comprese le ore in deroga (OD+deroga)	<input type="text"/>	
P15A Di cui numero ore aggiuntive autorizzate per sentenza C.C. (deroga) per l'alunno	<input type="text"/>	

Sospendi SENZA validare

Valida questi dati

