



Checkpoint@USR_ER

Questionari

on line

<http://www.istruzioneer.it>

Home (/checkpoint/index.php?r=site/index) Modulo compilabile (/checkpoint/index.php?r=questionario/index) Scarico dati (/checkpoint/index.php?r=ufficio/tabellone/index)
Contatti (/checkpoint/index.php?r=site/contact) Aiuto (/checkpoint/index.php?r=site/info) Esci/Logout (BOICTEST) (/checkpoint/index.php?r=site/logout)

[Home \(/checkpoint/index.php\)](#) » Compilazione modulo

Richiesta posti di sostegno in deroga per a.s. 2025/26

Informazioni sul modulo

- **Data di chiusura del modulo:** 09/06/25
- **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

PARTE COMUNE

Plesso/succursale per BOAATEST - II

I campi con * sono obbligatori.

P1 Numero totale alunni disabili frequentanti il plesso/succursale *

P2 Numero posti interi sostegno funzionanti nel plesso/succursale *

In caso di presenza di residui a spezzone, indicare i soli posti interi.

P3 Iniziali dell'alunno per il quale si chiede la deroga *

P4.1 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione *

Scegli..

P4.2 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione

Scegli..

P4.3 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione

Scegli..

P4.4 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione

Scegli..

P4.5 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione

Scegli..

P4.6 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione

Scegli..

P5 Necessità di sostegno intensivo di livello elevato o molto elevato (disabilità ex art. 3 comma 3 L. 104 secondo vecchia terminologia) * ☐ Si ☐ No

P6 Note

P7 Classe frequentata *

P8 Numero ore settimanali di funzionamento della classe *

P9 Numero totale alunni nella classe *

P10 Numero alunni disabili nella classe *

P11 Modello compilato * ☐ A ☐ B ☒ C

P12C L'alunno non ha dotazione organica assegnata ☐ Si conferma che l'alunno non ha dotazione organica assegnata

P13C Numero ore aggiuntive proposte per sentenza C.C.

Sospendi SENZA validare

Valida questi dati