

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

Informazioni sul modulo

- **Data di chiusura del modulo:** 15/09/25
- **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

Plesso/succursale/sezione staccata/indirizzo di studi per BOMMTEST - XX.YY.

I campi con * sono obbligatori.

P1 Numero totale alunni con disabilità 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"/>		
P4.2 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione		
Scegli.. <input type="button"/>		
P4.3 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione		
Scegli.. <input type="button"/>		
P4.4 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione		
Scegli.. <input type="button"/>		
P4.5 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione		
Scegli.. <input type="button"/>		
P4.6 Codice diagnostico ICD-10 della certificazione		
Scegli.. <input type="button"/>		
P5 Necessità di sostegno intensivo di livello elevato o molto elevato (disabilità ex art. 3 comma 3 L. 104 secondo vecchia terminologia) *		
<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 con disabilità nella classe * <input type="text"/>		
P12 Modello compilato * <input type="radio"/> A <input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/> F		
P13E Numero ore di sostegno in classe (escluse deroghe) <input type="text"/>		
P14E Di cui numero ore di sostegno effettivamente assegnate all'alunno per il quale si richiede la deroga <input type="text"/>		
P15E Numero eventuali ore in deroga in classe assegnate ad altri alunni <input type="text"/>		
P16E Numero ore di personale educativo assegnate all'alunno per il quale si richiede la deroga <input type="text"/>		
P17E Ore in deroga richieste <input type="text"/>		

Sospendi SENZA validare

Valida questi dati