[intestazione della scuola]

**SCUOLA PRIMARIA**

**Piano Educativo Individualizzato**

(art. 7, D. Lgs. 13 aprile 2017, n. 66 e s.m.i.)

**Anno Scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ALUNNO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice sostitutivo personale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso o sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data scadenza o rivedibilità:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Non indicata

Profilo di funzionamento redatto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nella fase transitoria:

 Profilo di Funzionamento non disponibile  
Diagnosi funzionale redatta in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Profilo Dinamico Funzionale in vigore approvato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Progetto Individuale  redatto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  non redatto

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PEI Provvisorio | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Verbale allegato n. \_\_\_\_\_ | Firma del dirigente Scolastico1  ……………………… . |
| Approvazione del PEI e prima sottoscrizione | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Verbale allegato n. 1 | Firma del dirigente Scolastico1  ……………………… . |
| Verifica intermedia | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Verbale allegato n. \_\_\_\_\_ | Firma del dirigente Scolastico1  ……………………… . |
| Verifica finale  e proposte per l’A.S. successivo | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Verbale allegato n. \_\_\_\_\_ | Firma del dirigente Scolastico1  ……………………… . |

(1) o suo delegato

**Composizione del GLO - Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione**

Art. 15, commi 10 e 11 della L. 104/1992 (come modif. dal D.Lgs 96/2019)

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| … |  |

## 1. Quadro informativo

**1.1 Dati relativi alla persona**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e Nome: | | M F |
| Luogo e data di nascita: | | |
| Residente a (indirizzo completo): | | |
| Cittadinanza: | Validità permesso di soggiorno (facoltativo) | |
| Telefono: | E-mail: | |
| Diagnosi: | | gravità[[1]](#footnote-1) |
| Codici ICD 10: | Data certificazione invalidità L.104/92: | |

**1.2 Nucleo familiare**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Relazione di parentela | Cognome e Nome | Data di nascita | Professione | Telefono | Non convivente |
| Padre |  |  |  |  |  |
| Madre |  |  |  |  |  |
| Fratello/ sorella |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Altre informazioni utili sulla famiglia e sul contesto sociale in cui vive (vicinato, associazioni, etc.)

…

**1.3 Descrizione dell’alunno/a**

A cura dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale ovvero di altri componenti del GLO

…

**Altri elementi significativi che caratterizzano la sua personalità e la sua storia:**

A cura degli insegnanti

…

|  |  |
| --- | --- |
| Problematiche di salute e/o comportamentali di cui tener conto (es. crisi epilettiche, problemi particolari, allergie, ...) e modalità di gestione di eventuali emergenze: | |
| Assunzione di farmaci:  NO | SI specificare tipo e frequenza: |
| Assunzione di farmaci a scuola:  NO | SI specificare tipo e frequenza e chi ne è responsabile: |
| Intolleranze alimentari e diete particolari: | |
| Utilizzo di ausili tecnici per la comunicazione o la mobilità: | |

**Interventi e attività extrascolastiche attive scolastico**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipologia (es. riabilitazione, attività extrascolastiche, attività ludico/ricreative, trasporto scolastico etc.) | n° ore | struttura | Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI | NOTE  (altre informazioni utili) |
| Attività extrascolastiche di tipo informale |  | supporto | Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI | NOTE  (altre informazioni utili) |

**Curriculum scolastico**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anno scolastico | Istituto | Scuola/Plesso | Classe | Ore sostegno | Ore altro operatore |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Eventuali non ammissioni alla classe successiva (specificare): | | | | | |

## 9. Organizzazione generale del progetto di inclusione e utilizzo delle risorse

**Tabella orario settimanale\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ora** | **lunedì** | **martedì** | **mercoledì** | **giovedì** | **venerdì** | **sabato** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
| Indicare quando presente: IS=Ins. Sostegno; IS2= secondo Ins. Sostegno; OSS=Assistente/educatore personale; IP=docente di potenziamento; ASC=Assistente alla comunicazione; L=lettore; CP=Compresenza | | | | | | |

\* E’ possibile che l’orario subisca variazioni in base a necessità didattiche e/o organizzative che emergono durante l’anno.

|  |  |
| --- | --- |
| Uscite didattiche, visite guidate e viaggi di istruzione | Interventi previsti per consentire all’alunno/a di partecipare alle uscite didattiche, visite guidate e viaggi di istruzione organizzati per la classe … |
| Attività o progetti per l’inclusione rivolti alla classe |  |
| Modalità in cui l’alunno/a raggiunge la scuola | (*trasporto pubblico, accompagnatore abituale/occasionale)* |

**Risorse disponibili per l’anno scolastico corrente[[2]](#footnote-2)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Supporto educativo/assistenziale a scuola: | | |  |
| Cognome e Nome | ruolo | ore settimanali | assegnato da |
|  | insegnante per il sostegno |  | UAT di |
|  | operatore/educatore personale |  |  |
|  | assistente alla comunicazione/lettore |  |  |
|  | altro (*specificare*) |  |  |
|  | collaboratore scolastico | per i bisogni |  |
| Altre risorse professionali presenti nella scuola/classe | docenti del team o della scuola in possesso del titolo di specializzazione per le attività di sostegno  docenti dell’organico dell’autonomia coinvolti/e in progetti di inclusione o in specifiche attività rivolte all’alunno/a e/o alla classe  altro … | | |
| Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc. | Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Professionisti extra scolastici di riferimento: | | | | |
| Cognome e Nome | ruolo/ente di appartenenza | telefono/e-mail | intervento | |
| a casa | presso |
|  | Pediatra/medico di base |  |  | ambulatorio |
|  | *Es.: NPI, Psicologo* |  |  |  |
|  | *Es. Assistente sociale* |  |  |  |
| Riferimenti dell’ente/cooperativa da cui dipendono eventuali operatori extrascolastici che intrattengono un rapporto privato con la famiglia[[3]](#footnote-3): | | | | |

## 2. Elementi generali desunti dal Profilo di Funzionamento

**o dalla Diagnosi Funzionale, se non disponibile**

*Scrivere una sintetica descrizione del quadro clinico e funzionale*

………………………………………………………………………………………………………………………………

## 3. Raccordo con il Progetto Individuale di cui all’art. 14 della Legge 328/2000

*a. Sintesi dei contenuti del Progetto Individuale e sue modalità di coordinamento e interazione con il presente PEI, tenendo conto delle considerazioni della famiglia (se il progetto individuale è stato già redatto)*

………………………………………………………………………………………………………………………………

*b. Indicazioni da considerare nella redazione del progetto individuale di cui all’articolo 14 Legge n. 328/00 (se il progetto individuale non è ancora stato richiesto o deve ancora essere redatto)*

………………………………………………………………………………………………………………………………

## 4. Osservazioni sistematiche sull’alunno/a per progettare gli interventi di sostegno educativo

*Analisi dei punti di forza e di debolezza (con l’ausilio del questionario ICF-Scuola)*

**a. Dimensione della relazione, dell’interazione e della socializzazione** (rif. ICF: D7, D9):……………………………………………………………………………………………………………………………

**b. Dimensione della comunicazione e del linguaggio** (D3):

………………………………………………………………………………………………………………………………

**c. Dimensione dell’autonomia e dell’orientamento** (D4, D5, D6):

………………………………………………………………………………………………………………………………

**d. Dimensione cognitiva, neuropsicologica e dell’apprendimento** (D1, D2, D8):

………………………………………………………………………………………………………………………………

## 5. Interventi per l’alunno/a: obiettivi educativi, strumenti, strategie e modalità

*In relazione all’osservazione sistematica dell’alunno/a, tenendo conto di quanto emerge dal Profilo di Funzionamento/Diagnosi Funzionale, si individuino gli obiettivi di natura educativa su cui è necessario intervenire*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obiettivo n. …**  Riguarda la dimensione:  Relazione/interazione/socializzazione  Comunicazione/linguaggio  Autonomia/orientamento  Cognitiva, neuropsicologica e dell’apprendimento | | | | | |
| Descrizione: | da raggiungere entro: | | | | |
| Comportamenti attesi alla scadenza (**esiti**) | dati attesi | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| Item ICF (Attività & Partecipazione, eventualmente Funzioni) implicati nell’obiettivo  (possono essere considerati come sotto-obiettivi) | Codici ICF | Valori iniziali  profilo di funzionamento | | | |
| PERF | CAP | FUNZ[[4]](#footnote-4) | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| Interventi, strategie e strumenti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi[[5]](#footnote-5) | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Risorse necessarie (Fattori ambientali) | | | | | cod. ICF[[6]](#footnote-6) |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
| Punti di forza, interessi dell’alunno (*fattori personali* rilevanti per l’obiettivo) | | | | | |
|  | | | | | |

Gli esiti saranno verificati attraverso gli indicatori di comportamento definiti e l’osservazione dei livelli di performance e capacità degli item richiamati nell’obiettivo. Le verifiche di monitoraggio e conclusiva saranno riportate negli specifici verbali.

## 6. Osservazioni sul contesto: barriere e facilitatori

*Analisi dell’ambiente di apprendimento (con l’ausilio del questionario ICF-Scuola)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | barriere | facilitatori | note e specificazioni |
| E1. Prodotti e tecnologia |  |  |  |
| E2. Ambiente naturale, artificiale, culturale |  |  |  |
| e310. Famiglia ristretta |  |  |  |
| e315. Famiglia allargata |  |  |  |
| e320. Amici e compagni di scuola |  |  |  |
| e325. Conoscenti e vicinato |  |  |  |
| e330. Insegnanti (autorità) |  |  |  |
| e340. Educatori, operatori sociali e di assistenza |  |  |  |
| e355. Terapisti ed altri operatori sanitari |  |  |  |
| E4. Atteggiamenti |  |  |  |
| E5. Sistemi, servizi e politiche |  |  |  |
| Fattori personali |  |  |  |

## 7. Interventi sul contesto per realizzare un ambiente di apprendimento inclusivo

*Interventi conseguenti all’analisi del riquadro 6, che possono riguardare l’introduzione di nuovi facilitatori, il potenziamento di quelli esistenti e la rimozione delle barriere individuate, sia per l’intera classe (progettazione universale) o in modo personalizzato per l’alunno*

………………………………………………………………………………………………………………………………

## 8. Interventi sul percorso curricolare (programmazione didattica)

**Progettazione disciplinare**

L’alunno/a segue un percorso didattico di tipo:

A. ordinario

B. personalizzato

*Nello specifico:*

|  |  |
| --- | --- |
| A – Segue la progettazione didattica della classe e si applicano gli stessi criteri di valutazione | Discipline: |
| B – Rispetto alla progettazione didattica della classe sono applicate personalizzazioni in relazione agli obiettivi specifici di apprendimento e ai criteri di valutazione | Discipline/Aree disciplinari: |

*Declinare per ogni disciplina che ha una programmazione personalizzata*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DISCIPLINA/AREA DISCIPLINARE[[7]](#footnote-7):** | | |
| Riferimenti alla programmazione della classe (obiettivi e/o traguardi e/o competenze): | | |
| **conoscenze e abilità già acquisite** | **conoscenze e abilità da raggiungere**  (obiettivi apprendimento) | entro il |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Attività e strategie didattiche** | | |
|  | | |
| **Strumenti compensativi, misure dispensative, mediatori didattici** | | |
|  | | |
| **Modalità di verifica degli apprendimenti** | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Sincrone rispetto la classe | Asincrone rispetto la classe | Con tempi più lunghi | | Verifiche ridotte | Verifiche orali VS scritte | Verifiche assistite | | Verifiche strutturate | Verifiche semi strutturate | Verifiche non strutturate | | Osservazioni descrittive | Osservazioni sistematiche | Prova graduata | | Compito collaborativo | Portfolio | Risoluzione di situazioni problema (prove di realtà) | | Altro (*specificare*) | | | | | |

**Criteri di valutazione del comportamento ed eventuali obiettivi specifici**

A - Il comportamento è valutato in base agli stessi criteri adottati per la classe

B - Il comportamento è valutato in base ai seguenti criteri personalizzati e al raggiungimento dei seguenti obiettivi: …………

**Modalità di svolgimento della prova tipo INVALSI**

L’alunno/a svolgerà la prova sulla fattispecie di quella nazionale Invalsi secondo le seguenti modalità:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Svolge la prova** | **Tipo di prova** | **Se differenziata, la prova è:** | **Sintetizza-tore vocale** | **Tempi aggiuntivi** |
| **ITALIANO** | Si  No | standard  differenziata | su carta  CBT  CBT con supp. cartaceo | Si  No | Si  No |
| **MATEMATICA** | Si  No | standard  differenziata | su carta  CBT  CBT con supp. cartaceo | Si  No | Si  No |
| **INGLESE (lettura)** | Si  No | standard  differenziata | su carta  CBT  CBT con supp. cartaceo | Si  No | Si  No |
| **INGLESE (ascolto)** | Si  No | standard  differenziata |  | Si  No | Si  No |

**Modalità di svolgimento delle prove d’esame**

L’alunno/a svolgerà le prove d’esame secondo le seguenti modalità:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Tipo di prova** | **Strumenti da utilizzare** | **Tempo aggiuntivo** |
| **ITALIANO** | Si  No | comune alla classe  differenziata |  | Si  No |
| **MATEMATICA** | Si  No | comune alla classe  differenziata |  | Si  No |
| **INGLESE** | Si  No | comune alla classe  differenziata |  | Si  No |
|  |  | comune alla classe  differenziata |  | Si  No |
|  |  | comune alla classe  differenziata |  | Si  No |

La sezione 9, prevista dal modello ministeriale, è stata anticipata all’inizio.

## Approvazione del PEI

Il presente Piano Educativo Individualizzato è stato concordato e viene sottoscritto dal Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione - Art. 15, commi 10 e 11 della L. 104/1992 (come modificato dal D.Lgs 96/2019).

|  |  |
| --- | --- |
| Insegnanti(cognome e nome) | firma |
| sostegno |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Il padre: |  |
| La madre: |  |
| Nel caso uno dei due genitori non sia presente:  *Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver dato il proprio assenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori*.  Firma | |
| Rappresentante ASL: |  |
| Professionista: |  |
|  |  |
|  |  |
| Il Dirigente scolastico (o suo delegato) |  |

## Verifica intermedia

Sono da verificare in particolare gli aspetti su cui si fonda la parte progettuale del PEI. In particolare:

1. Variazione delle condizioni di salute/nuova Diagnosi Funzionale (sezione 2)
2. Revisione delle osservazioni sulle dimensioni (sezione 4)
3. Revisione degli interventi educativi sulle dimensioni (sezione 5)
4. Revisione delle osservazioni sul contesto (sezione 6)
5. Revisione degli interventi sul contesto (sezione 7)
6. Ridefinizione della programmazione didattica (sezione 8)

In caso di modifica del PEI sottoscritto è necessario formalizzare le modifiche mediante un verbale che sarà allegato al PEI.

## 10. CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE

**con eventuali note esplicative (D.M. 742/2017) [solo per alunni/e in uscita dalle classi quinte]**

*Per la valutazione dei livelli di competenza, si veda il grafico prodotto attraverso il questionario ICF-Scuola*

|  |  |
| --- | --- |
| **Competenze chiave europee** | **Competenze dal Profilo dello studente** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## 11. Verifica finale/Proposte per le risorse professionali e i servizi di supporto necessari

**Verifica finale del PEI**

Si propone una traccia di relazione per la valutazione globale dei risultati raggiunti (con riferimento agli elementi di verifica delle varie Sezioni del PEI)

1. Verifica conclusiva degli esiti degli interventi sugli obiettivi educativi (sezione 5)
2. Verifica conclusiva degli esiti degli interventi sul contesto/ambiente di apprendimento (sezione 7) con verifica dei risultati conseguiti e valutazione sull’efficacia di interventi, strategie e strumenti

Per la verifica degli esiti si considerino anche gli indicatori complessivi ICF-Scuola (livello complessivo di funzionamento, Indice di sostegno sociale, Indice di inclusione) raffrontati alla situazione iniziale.

**Aggiornamento delle condizioni di contesto e progettazione per l’a.s. successivo [Sez. 5-6-7]**

…………

**Proposta del numero di ore di sostegno per l'anno successivo\***Partendo dall'organizzazione delle attività di sostegno didattico e dalle osservazioni sistematiche svolte, tenuto conto  del Profilo di Funzionamento/Diagnosi Funzionale e  del suo eventuale aggiornamento, oltre che dei risultati conseguiti e delle difficoltà emerse durante l'anno scolastico si propone:

* Ore di sostegno richieste per l'a.s. successivo …………

con la seguente motivazione: ……………………………………………………………………….

**Proposta delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base e delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e alla comunicazione, per l'anno successivo** (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)

Partendo dalle osservazioni descritte nelle Sezioni 4 e 6 e dagli interventi descritti nelle Sezioni n. 5 e 7, tenuto conto  del Profilo di Funzionamento/Diagnosi Funzionale e  del suo eventuale aggiornamento, oltre che dei risultati conseguiti e delle difficoltà emerse durante l'anno scolastico:

* si indica il fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente: …
* si indica, come segue, il fabbisogno di risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e alla comunicazione per l'a. s. successivo:
* tipologia di assistenza / figura professionale …………………………………

per n. ore ………...

L’indicazione delle ore è finalizzata unicamente a permettere al Dirigente Scolastico di formulare la richiesta complessiva d’Istituto delle misure di sostegno ulteriori rispetto a quelle didattiche, da proporre e condividere con l’Ente Territoriale.

**Eventuali esigenze correlate al trasporto dell’alunno/a da e verso la scuola**

**Indicazioni per il PEI dell'anno successivo**

Suggerimenti, proposte, strategie che hanno particolarmente funzionato e che potrebbero essere riproposte; criticità emerse da correggere, etc.

La verifica finale, con la proposta del numero di ore di sostegno e delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nonché delle tipologie di assistenza/figure professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione e relativo fabbisogno, per l'anno scolastico successivo, è stata approvata dal GLO in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come risulta da verbale n. \_\_\_ allegato.

|  |  |
| --- | --- |
| Insegnanti(cognome e nome) | firma |
| sostegno |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Il padre: |  |
| La madre: |  |
| Nel caso uno dei due genitori non sia presente:  *Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver dato il proprio assenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori*.  Firma | |
| Rappresentante ASL: |  |
| Professionista: |  |
|  |  |
|  |  |
| Il Dirigente scolastico (o suo delegato) |  |

1. Clicca due volte sulla casella per selezionarla in caso di situazione di gravità (L. 104/92, art.3, c.3). Tutte le caselle presenti nel modulo possono essere selezionate allo stesso modo. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nel modello ministeriale gli *Interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza* si collocano dopo la verifica finale [↑](#footnote-ref-2)
3. Nominativo del Responsabile, recapiti, modalità di contatti, modalità di richiesta di eventuale partecipazione dell’operatore a uscite esterne, laboratori, ecc.): queste informazioni è bene che siano allegate al P.E.I., anche in funzione del passaggio della documentazione tra i diversi gradi di istruzione o tra diverse scuole e personale scolastico. [↑](#footnote-ref-3)
4. può essere omesso se non attinente. Il miglioramento delle funzioni, propriamente obiettivo della riabilitazione, potrebbe essere perseguito parallelamente al lavoro scolastico attraverso terapia farmacologica e trattamenti specialistici. [↑](#footnote-ref-4)
5. specificare le diverse azioni da realizzare a scuola, a casa, da parte di eventuali specialisti. [↑](#footnote-ref-5)
6. Può essere omesso. [↑](#footnote-ref-6)
7. Da compilare per tutte le discipline con programmazione di tipo B [↑](#footnote-ref-7)