



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A.MORO"
SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI 1° GRADO
Via M. Montessori, 7 – 30010 CAMPAGNA LUPIA (VE)



1 Tel. 041460046 - Fax 0415145161 - e mail:
veic816009@istruzione.it

2 sito web: www.aldomorocampagnalupia.edu.it

3 C.M. VEIC816009 – C.F. 82012480271 C.U.F. UFTCLE

GRUPPO DI LAVORO OPERATIVO PER L'INCLUSIONE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ

ALLEGATO 5

VERBALE DELL'INCONTRO DI VERIFICA FINALE DEL PEI E PROPOSTA DI ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE

L. N. 104/92 ART. 15 COME SOSTITUITO DAL D.LGS. N.66/17 ART. 9 COMMA 10, INTEGRATO E MODIFICATO DAL D.LGS. N.96/19 - DECRETO INTERMINISTERIALE N.182 DEL 29 DICEMBRE 2020

PROT. RIS.: ____

Il giorno ____ alle ore __00:00 presso/in modalità videoconferenza su piattaforma __ previa convocazione si riunisce il Gruppo di Lavoro Operativo per l'alunno/a ____ frequentante la classe ____ dell'I.S. ____ con il seguente ordine del giorno:

- verifica del Piano Educativo Individualizzato dell'anno in corso
- definizione delle modalità per l'assegnazione delle misure di sostegno e degli interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza

SONO PRESENTI (INDICARE I NOMINATIVI)

- _ Prof.\dott. __ Dirigente Scolastico o docente formalmente delegato
- _ Prof.\dott. __ Docenti di sezione/team/classe
- _ Sig.\Sig.ra __ Genitori o esercenti la responsabilità genitoriale
- _ Sig.\dott. __ Altre figure professionali interne alla scuola (*psicopedagoga, docenti referenti per le attività di inclusione, funzioni strumentali, docenti con incarico nel GLI per il supporto alla classe nell'attuazione del PEI*)
- _ Dott. __ *Rappresentante dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (designato dal Direttore sanitario della stessa)*
- _ Sig.\dott. __ (*Operatore sociosanitario; assistenti per l'autonomia e la comunicazione per la disabilità sensoriale, ...*)
- _ Sig.\dott. __ (*Rappresentante e Operatori/Operatrici dell'Ente Locale*)

- _ Sig.\dott. ___ (Altre figure professionali esterne alla scuola, Operatore dello Sportello Autismo provinciale)
- _ Sig.\dott. ___ (Figure professionali specifiche esterne all'Istituzione scolastica)
- _ Sig.\dott. ___ (Eventuale esperto indicato dalla famiglia, con valore consultivo e non decisionale; la presenza viene autorizzata dal Dirigente scolastico previa segnalazione della famiglia dell'alunno/a)
- _ Sig.\dott. ___ (Altri specialisti e terapisti dell'ASL o Enti Privati accreditati - convenzionati con compiti medico, psico-pedagogici e di orientamento che operano in modo continuativo)
- _ Sig.\dott. ___ (Eventuali collaboratori scolastici che coadiuvano nell'assistenza di base dell'alunno/a)
- ___ Studente o studentessa (esclusivamente per la scuola secondaria di II grado)

Presiede la riunione ____

Funge da segretario ____

I RISULTATI OTTENUTI NELLA REALIZZAZIONE DEL PEI DELL'ANNO IN CORSO SONO STATI

- Non raggiunti e relative motivazioni ____
- Parzialmente raggiunti e relative motivazioni ____
- Pienamente raggiunti e relative motivazioni ____
- Eventuali specificazioni e relative motivazioni ____

I PUNTI DI FORZA RILEVATI NELLA REALIZZAZIONE DEL PEI SONO STATI [MAX 500 BATTUTE]

LE EVENTUALI DIFFICOLTÀ RILEVATE NELLA REALIZZAZIONE DEL PEI SONO STATE [MAX 500 BATTUTE]

NEL SUCCESSIVO ANNO SCOLASTICO SI RITIENE DI PERSEGUIRE I SEGUENTI OBIETTIVI [MAX 500 BATTUTE]

____ attraverso interventi educativi e didattici secondo le seguenti metodologie e modalità organizzative:

- ____ attività curricolare in classe
- ____ attività curricolare in piccolo gruppo
- ____ intervento individualizzato
- ____ laboratori
- ____ progetti educativi specifici

- ___ intervento individualizzato in Didattica Digitale Integrata

EVENTUALI SUGGERIMENTI PER LE ATTIVITÀ EXTRASCOLASTICHE [MAX 500 BATTUTE]

ALTRO [MAX 500 BATTUTE]

Pertanto, il **GLO** propone che l'alunno/a possa usufruire, per il prossimo anno scolastico di:

- ___ assistenza di base (*per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi*) n. ore _ *igienica, spostamenti, mensa, altro, ...*_
- ___ assistenza specialistica all'autonomia (*per azioni riconducibili ad interventi educativi*) n. ore _ *cura di sè, mensa, altro, ...*___
- ___ assistenza specialistica alla comunicazione (*per azioni riconducibili ad interventi educativi*) n. ore _ *assistenza ad alunni/e privi/e della vista, assistenza ad alunni/e privi/e dell'udito, assistenza ad alunni/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo* ___
- ___ sussidi e ausili didattici (*specificare*) ___
- ___ eventuali esigenze correlate al trasporto dell'alunno/a da e verso la scuola ___
- ___ proposta ore di sostegno con rapporto 1:4
- ___ proposta ore di sostegno in deroga (**in presenza di situazioni di particolare gravità**) con rapporto:
 - ✓ ___ 1:1
 - ✓ ___ 1:2
 - ✓ ___ altro (indicare n. ore) ___

La proposta di cui sopra è in linea con quanto indicato nell'ALLEGATO 2 "Modello per la richiesta di deroga".

La riunione si conclude alle ore _____

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO

ALLEGATI

- **ALLEGATO 2 - "MODELLO PER LA RICHIESTA DI DEROGA"**
- **ALTRO**