



INTESTAZIONE ISTITUZIONE SCOLASTICA

**GRUPPO DI LAVORO OPERATIVO PER L’INCLUSIONE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ**

**ALLEGATO 4**

**VERBALE DELL’INCONTRO DI VERIFICA INTERMEDIA ED EVENTUALE RIMODULAZIONE DEL PEI**

**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, MODIFICATO DAL DECRETO INTERMINISTERIALE N.153 DEL 1° AGOSTO 2023**

**PROT. RIS.:**

Il giorno dell’anno alle ore \_00:00 presso/in modalità videoconferenza su piattaforma

previa convocazione si riunisce il Gruppo di Lavoro Operativo per l’allievo/a frequentante la classe dell’Istituto con il seguente ordine del giorno:

* Verifica complessiva dello stato di attuazione del Piano Educativo Individualizzato facendo riferimento:
  + all’aggiornamento delle condizioni di contesto e progettazione per l’a.s. successivo
  + alla tipologia degli interventi necessari per garantire il diritto allo studio e alla frequenza (Assistenza di base, Assistenza specialistica, Esigenze di tipo sanitario)
  + agli arredi speciali, ausili didattici, informatici, ecc.
* Valutazione della realizzazione del PEI con particolare riguardo agli esiti conseguiti e alle problematicità emerse
* Eventuali proposte di rimodulazione del PEI.

**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 *(psicopedagogista, 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.\_\_*(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, di orientamento e di assistenza specialistica 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]**

**SI RITIENE DI PROCEDERE APPORTANDO LE SEGUENTI VARIAZIONI ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE**

**[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
* altro

**EVENTUALI SUGGERIMENTI PER LE ATTIVITÀ EXTRASCOLASTICHE [MAX 500 BATTUTE]**

**ALTRO [MAX 500 BATTUTE]**

La riunione si conclude alle ore

IL PRESIDENTE IL SEGRETARIO

**EVENTUALI ALLEGATI**