MIM
USR VENETO

ISTITUTO COMPRENSIVO di AURONZO DI CADORE

Scuola dell'Infanzia di Auronzo

Scuole secondarie di I grado di Auronzo, Lorenzago e Lozzo

Scuole primarie di Auronzo, Lozzo e Vigo

piazza Vigo, 2 – 32041 AURONZO DI CADORE (I
e-mail: blic810002@istruzione.it
posta certificata: blic810002@pec.istruzione.it
tel. 0435 9468
https://www.istitutocomprensivoauronzo.edu
c.f. 83002130256 codice univoco UFT3P2

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

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 *(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. __ (*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**