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 (Belluno)
e-mail: blic810002@istruzione.it
posta certificata: blic810002@pec.istruzione.it
tel. 0435 9468
https://www.istitutocomprensivoauronzo.edu.it
c.f. 83002130256 codice univoco UFT3P2

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

- ____
- ____
- ____
- ____
- ____