|  |
| --- |
| logo-repubblica-italiana-bn.png |
| **ISTITUTO COMPRENSIVO DI STIENTA****Via Maffei, 195 – 45039 STIENTA (RO) SEGRETERIA Tel. 0425/1713700, Fax 0425/1713709****e-mail: roic823007@istruzione.it** |

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

Le eventuali difficoltà rilevate nella realizzazione del PEI sono state

Si ritiene di procedere apportando le seguenti variazioni alla progettazione iniziale

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

Altro

La riunione si conclude alle ore \_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| IL PRESIDENTE |  | IL SEGRETARIO |

Eventuali Allegati