|  |
| --- |
| 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**](about:blank) |

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 *press*o/*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)*

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

Nel successivo anno scolastico si ritiene di perseguire i seguenti obiettivi

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

Altro

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**