## 

## ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO AMELIA

**Sede: Via I Maggio, 224 – 05022 Amelia (TR) - TRIS00600N - Tel. 0744/978509**

## email: [tris00600n@istruzione.it](mailto:tris00600n@istruzione.it) – [TRIS00600N@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:TRIS00600N@PEC.ISTRUZIONE.IT)Descrizione: Z:\Logo Cambridge.jpg

***c.f. 91056300550-cod. fatturazione elettr. UF1BA6***

**Verbale dell’incontro di redazione del PEI in via provvisoria**

**per l’a.s.**

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 - D.I. n.153 del 1 agosto 2023 disposizioni correttive al D.I. n. 182.

Il giorno \_\_\_ alle ore \_ *presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* /*in modalità videoconferenza su piattaforma* \_\_ previa convocazione si riunisce il Gruppo di Lavoro Operativo per l’alunno/a \_\_\_ frequentante la classe \_\_\_ dell’Istituto\_\_\_ con il seguente ordine del giorno:

* + Descrivere sinteticamente l’alunno/a e la relativa situazione familiare *(Quadro informativo)* – Sezione 1 del PEI
  + Condividere il Profilo di Funzionamento ed eventuale altra documentazione clinica disponibile *(ad esempio Diagnosi Funzionale nelle more di definizione del Profilo di Funzionamento)* – Sezione 2 del PEI
  + Presentare le osservazioni sull’alunno/a per la progettazione degli interventi di sostegno didattico *(punti di forza sui quali costruire gli interventi educativi e didattici)* – Sezione 4 del PEI
  + Presentare le osservazioni raccolte nei diversi contesti e condividerne una sintesi *(con particolare riferimento all’indicazione dei facilitatori e delle barriere)* – Sezione 6 del PEI
  + Elaborare e approvare il PEI provvisorio per la definizione delle tipologie e modalità di sostegno e degli interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza – Sezione 12 del PEI

**Sono presenti (INDICARE I NOMINATIVI)**

* \_ Prof.\dott. \_\_ Dirigente Scolastico o Funzione Strumentale /docente formalmente delegato
* \_ Prof.\dott. \_\_ Docenti di classe
* \_ Sig.\Sig.ra \_\_ Genitori o esercenti la responsabilità genitoriale
* \_ Sig.\dott. \_\_ *Altre figure professionali interne alla scuola (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, …)*
* \_ 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 richiesta scritta della famiglia dell’alunno/a)*
* \_ Sig.\dott. \_\_ *(Altri specialisti e terapisti dell’ASL o Enti Privati accreditati - convenzionati con compiti medico, psico-pedagogici, di assistenza specialistica 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 \_\_\_

Verbalizza \_\_\_

**Sintesi delle osservazioni raccolte e degli elementi del Profilo di Funzionamento o di altra documentazione clinica disponibile**

\_\_\_

**I punti di forza rilevati nella predisposizione del PEI provvisorio sono stati**

\_\_\_

**Le eventuali difficoltà rilevate nella predisposizione del PEI provvisorio sono state**

\_\_\_

**Eventuali osservazioni relative alla progettazione degli interventi di sostegno didattico**

\_\_\_

**Eventuali osservazioni relative alle barriere ed ai facilitatori di contesto**

\_\_\_

**Eventuali suggerimenti per le attività extrascolastiche**

\_\_\_

**Altro**

\_\_\_

Pertanto il **GLO** propone che l’alunno/a possa usufruire, per il prossimo anno scolastico: dell’insegnante di sostegno

* dell’assistenza di base :igienica, spostamenti, mensa, altro
* assistenza specialistica all’autonomia *(per azioni riconducibili ad interventi educativi)*
* assistenza specialistica alla comunicazione (per azioni riconducibili ad interventi educativi)
* *assistenza ad alunni/e con disabilità visive*
* *assistenza ad alunni/e con disabilità uditive*
* *assistenza ad alunni/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo*
* arredi speciali, ausili didattici e informatici, … *(specificare)* \_\_\_
* eventuali esigenze correlate al servizio di trasporto scolastico dell’alunno/a da e verso la scuola *\_\_\_*

il verbale è approvato da tutti i membri del GLO

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ |  | \_\_\_ |
| IL PRESIDENTE |  | IL VERBALIZZANTE |

**Allegati**

* \_\_\_ **PEI provvisorio**
* \_\_\_ **Altro**