



**ISTITUTO COMPRENSIVO MOZZECANE**

***con sedi di Nogarole Rocca – Mozzecane Via G. Ferroni, 4 - 37060 – Mozzecane (VR)***

 ***045/8240025 Fax 045/8240026***

**C.F. 93221240232 COD. MEC. VRIC895002**

vric895002@istruzione.it [www.icmozzecane.edu.it](http://www.icmozzecane.edu.it/)

**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**

**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)*

* *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**