|  |
| --- |
| logo-repubblica-italiana-bn.png |
| 1. **ISTITUTO COMPRENSIVO MOZZECANE**    1. ***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](mailto:vric895002@istruzione.it) [www.icmozzecane.edu.it](http://www.icmozzecane.edu.it) |

Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione degli alunni con disabilità

Allegato 2

Modello di Convocazione del GLO

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.: \_\_\_ Data \_\_\_

Oggetto

Convocazione GLO

Ai

* \_ 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)*

Le SS.LL., individuate quali membri del GLO, in favore dell’inclusione scolastica dell’alunno\a \_\_\_, sono invitate a partecipare all’incontro che avverrà in data \_\_\_ alle ore \_00:00 *press*o/*in modalità videoconferenza su piattaforma* \_ con il seguente ordine del giorno:

1. Verifica dell’andamento scolastico dell’alunno/a\_\_\_
2. \_Condivisione della relazione finale\_\_
3. \_Proposte di intervento per l’anno scolastico successivo\_\_
4. \_Condivisione sulla richiesta delle ore in deroga per il prossimo anno scolastico\_\_
5. \_Varie ed eventuali\_\_

In caso di impossibilità di partecipazione del Dirigente Scolastico, è delegato a presiedere l’incontro il docente \_\_\_.

Cordiali saluti

|  |
| --- |
| \_\_\_ |
| IL DIRIGENTE SCOLASTICO |