|  |
| --- |
| logo-repubblica-italiana-bn.png |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | |  | | |  | ***Ministero dell’Istruzione e del Merito***  *istituto comprensivo statale “A. Fogazzaro” - NOVENTA VICENTINA*  ***Via G. Marconi n. 13 – 36025 – noventa vicENTINA***  ***tel. 0444/787117 - Cod.Mecc. VIIC83300A – Cod. Fisc. 80017090244***  ***indirizzo e-mail:*** [***viic83300a@istruzione.it***](mailto:viic83300a@istruzione.it)***; posta PEC:*** [***viic83300a@pec.istruzione.it***](mailto:viic83300a@pec.istruzione.it) ***;***  ***sito:*** [***https://icsnoventavi.edu.it/***](https://icsnoventavi.edu.it/)  ***Fse_Fesr_completo***  FUTURA_MEDIO | |  | | |

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

**Allegato 3**

Verbale dell’incontro glo di progettazione iniziale per l’elaborazione 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 \_00:00presso/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:

* + Condividere il profilo di funzionamento ed eventuale altra documentazione clinica disponibile (ad esempio Diagnosi Funzionale nelle more di definizione del profilo di funzionamento)
  + Prendere atto dell’eventuale presenza del Progetto Individuale e definire gli elementi di raccordo con il PEI
  + Presentare le osservazioni raccolte nei diversi contesti e condividerne una sintesi (*con particolare riferimento all’indicazione dei facilitatori e delle barriere*)
  + Raccogliere gli elementi per la definizione o la rielaborazione del PEI (*obiettivi, modalità di intervento, tempi di realizzazione, modalità di verifica, utilizzo delle risorse assegnate, partecipazione delle persone/enti interessati*)
  + Elaborare e approvare il PEI nel pieno rispetto dell’adempimento delle norme relative al diritto allo studio degli alunni con disabilità ed esplicitazione delle modalità di sostegno didattico, con:

- gli interventi di inclusione svolti dal personale docente nell'ambito della classe e in progetti specifici

- le modalità di verifica

- i criteri di valutazione

- la valutazione in relazione alla programmazione individualizzata

- gli interventi di assistenza igienica e di base, svolti dal personale ausiliario nell'ambito del plesso scolastico

- eventuale modalità di svolgimento del servizio di trasporto scolastico

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 specialisticache 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 \_\_\_

Sintesi delle osservazioni raccolte e degli elementi del Verbale di accertamento e/o del Profilo di Funzionamento o di altra documentazione clinica disponibile [max 500 battute]

\_\_\_

Nel presente anno scolastico si ritiene di perseguire i seguenti obiettivi [max 500 battute]

\_\_\_

Interventi educativi e didattici previsti, secondo le seguenti metodologie, modalità organizzative e strumenti [max 500 battute]

\_\_\_

Eventuali osservazioni relative alle barriere ed ai facilitatori di contesto [max 500 battute]

\_\_\_

Eventuali attività extrascolastiche e interventi riabilitativi o terapeutici [max 500 battute]

\_\_\_

Percorsi per le Competenze Trasversali e L’orientamento (scuola secondaria di II grado) [max 500 battute]

\_\_\_

Altro [max 500 battute]

\_\_\_

Pertanto, il **GLO** procede alla stesura del PEI utilizzando la modulistica prevista dalla normativa vigente.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ |  | \_\_\_ |
| IL PRESIDENTE |  | IL SEGRETARIO |

Eventuali Allegati

* \_\_\_
* \_\_\_
* \_\_\_
* \_\_\_
* \_\_\_