|  |
| --- |
| logo-repubblica-italiana-bn.png |
| Intestazione Istituzione Scolastica |

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

**Allegato 4**

Verbale dell’incontro di redazione del PEI in via provvisoria per l’a.s. \_2021/2022\_

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* *presso*/*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:

* + Descrivere sinteticamente l’alunno/a e la relativa situazione familiare *(Quadro informativo)* – Sezione 1
  + 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
  + 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
  + Presentare le osservazioni raccolte nei diversi contesti e condividerne una sintesi *(con particolare riferimento all’indicazione dei facilitatori e delle barriere)* – Sezione 6
  + Elaborare e approvare il PEI provvisorio per la definizione delle modalità per l'assegnazione delle misure di sostegno e degli interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza – Sezione 12

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 \_\_\_

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

\_\_\_

I punti di forza rilevati nella predisposizione del PEI provvisorio sono stati [max 500 battute]

\_\_\_

Le eventuali difficoltà rilevate nella predisposizione del PEI provvisorio sono state [max 500 battute]

\_\_\_

Eventuali osservazioni relative alla progettazione degli interventi di sostegno didattico [max 500 battute]

\_\_\_

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

\_\_\_

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 \_2021/2022\_:

* proposta n. ore di sostegno educativo e didattico \_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Entità delle difficoltà nello svolgimento delle attività comprese in ciascun dominio/dimensione tenendo conto dei fattori ambientali implicati. | **Assente** | **Lieve** | **Media** | **Elevata** | **Molto elevata** |
| **Infanzia**  **(max 25 ore)** | \_\_\_  0 | \_\_\_  0-6 | \_\_\_  7-12 | \_\_\_  13-18 | \_\_\_  19-25 |
| **Primaria**  **(max 22 ore)** | \_\_\_  0 | \_\_\_  0-5 | \_\_\_  6-11 | \_\_\_  12-16 | \_\_\_  17-22 |
| **Secondaria I**  **(max 18 ore)** | \_\_\_  0 | \_\_\_  0-4 | \_\_\_  5-9 | \_\_\_  10-14 | \_\_\_  15-18 |
| **Secondaria II**  **(max 18 ore)** | \_\_\_  0 | \_\_\_  0-4 | \_\_\_  5-9 | \_\_\_  10-14 | \_\_\_  15-18 |

* 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 sé, 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* \_\_
* arredi speciali, ausili didattici e informatici, … *(specificare)* \_\_\_
* eventuali esigenze correlate al servizio di trasporto scolastico dell’alunno/a da e verso la scuola *\_\_\_*

La proposta di cui sopra è in linea con quanto indicato nella sezione 12 “Modello di PEI” e negli ALLEGATI C “Debito di funzionamento” e C1 “Tabella Fabbisogno Risorse professionali per il sostegno didattico e l’assistenza”.

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

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

Allegati

* \_\_\_ **PEI provvisorio**
* \_\_\_ **Allegato C - “Debito di funzionamento”**
* \_\_\_ **Allegato C1 - “Tabella Fabbisogno Risorse professionali per il sostegno didattico e l’assistenza”**
* \_\_\_ **Altro**