**Agli Atti della Scuola**

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

**Verbale N. 3 di incontro per la Verifica Finale del PEI**

|  |  |
| --- | --- |
| **SCUOLA** | I.C di MEDESANO  ORDINE DI SCUOLA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PLESSO VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ANNO SCOLASTICO** | 2023 – 2024 |
| **ALUNNA/O** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **SEZIONE/CLASSE** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

IL GIORNO \_ \_ /\_ \_ / \_ \_ \_ \_ ALLE ORE \_ \_ : \_ \_

PRESSO I LOCALI DEL PLESSO IC MEDESANO oppure SULLA PIATTAFORMA DI…. IN MODALITA’ REMOTA

SI È RIUNITO IL GRUPPO DI LAVORO OPERATIVO ALLA PRESENZA DI

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPONENTE** | **QUALIFICA** |
| **(NOME COGNOME)** |  |
| **Dott.** | **Dirigente Scolastico o un suo delegato** |
| **Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Neuropsichiatra** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Terapista/Specialista** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Madre**  **Padre** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Docente di sostegno** |
|  | **Docenti di Intersezione/Interclasse/Classe** |

Assente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per discutere e deliberare il seguente punto all’ OdG:

1. Verifica Finale del PEI per l’a.s. 2022/2023 (art. 4, comma 1, del D.M. n. 182/2020).

Il G.L.O. ha proceduto alla compilazione delle seguenti sezioni del PEI relative alla verifica finale:

* la composizione del GLO - “Eventuali modifiche o integrazioni alla composizione del GLO;
* SEZIONE 5 ( “Verifica conclusiva degli esiti”);
* SEZIONE 7 ( “Verifica conclusiva degli esiti ”);
* SEZIONE 8 ( “Verifica conclusiva degli esiti”);
* SEZIONE 10 ( Certificazione delle competenze) solo per alunni in uscita dalle classi quinte e dalle classi terze SEC. I GRADO;
* SEZIONE 11 ( Verifica finale/Proposte per le risorse professionali e i servizi di supporto necessari)

Il G.L.O, rispetto alla proposta del numero di ore di sostegno, menzionate nella sezione 11, prende atto che per l’anno scolastico successivo verranno assegnate nella misura di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore di sostegno didattico, compatibilmente con l’organico di sostegno, di diritto e di fatto, che sarà assegnato alla scuola per l’a.s…..

Le risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nonché le figure professionali per l’assistenza alla comunicazione per l’anno scolastico successivo, menzionate nella sezione 11, verranno assegnate solo se, previa richiesta da parte di questa amministrazione scolastica, verranno conferite dagli organi territorialmente competenti.

Eventuali ed ulteriori annotazioni:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La riunione si è conclusa alle ore \_ \_ : \_ \_

Medesano, \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Il verbale viene letto, sottoscritto e condiviso.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome** | **\*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO** | FIRMA |
| **Dott.** | **Dirigente Scolastico o suo delegato** |  |
| **Dott.ssa**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Commissione Multidisciplinare** |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **GENITORI DELL’ALUNNO** |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **DOCENTE DI SOSTEGNO** |  |
|  | **DOCENTI D’INTERSEZIONE/INTERCLASSE/CLASSE** |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Terapista/Specialista** |  |