



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. \_\_\_\_**

**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 (*psicopedagoga, 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
<b>INFANZIA (MAX 25 ORE)</b>	___ 0	___ 0-6	___ 7-12	___ 13-18	___ 19-25
<b>PRIMARIA (MAX 22 ORE)</b>	___ 0	___ 0-5	___ 6-11	___ 12-16	___ 17-22
<b>SECONDARIA I (MAX 18 ORE)</b>	___ 0	___ 0-4	___ 5-9	___ 10-14	___ 15-18
<b>SECONDARIA II (MAX 18 ORE)</b>	___ 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 \_\_\_\_