|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Istituto Comprensivo Statale N.1 “Nelson Mandela”**  *31021 Mogliano Veneto (TV) via Roma 84 - Tel. 041-5902898 fax 041-5903668*  *http://www.ic1mandela.edu.it*  *Mail:* [*TVIC87800L@istruzione.it*](mailto:TVIC87800L@istruzione.it) *- Mail cert.* [*TVIC87800L@pec.istruzione.it*](mailto:TVIC87800L@pec.istruzione.it)  *Codice Fiscale:* **94141500267 –** *Codice Meccanografico:* **TVIC87800L** |  |

**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 \_00:00 presso/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)

1. \_ Prof.\dott. \_\_ Dirigente Scolastico o docente formalmente delegato
2. \_ Prof.\dott. \_\_ Docenti di sezione/team/classe
3. \_ Sig.\Sig.ra \_\_ Genitori o esercenti la responsabilità genitoriale
4. \_ 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)*
5. \_ Dott. \_\_ *Rappresentante dell’Unità di Valutazione Multidisciplinare (designato dal Direttore sanitario della stessa)*
6. \_ Sig.\dott. \_\_ *(Operatore sociosanitario; assistenti per l’autonomia e la comunicazione per la disabilità sensoriale, …)*
7. \_ Sig.\dott. \_\_ *(Rappresentante e Operatori/Operatrici dell’Ente Locale)*
8. \_ Sig.\dott. \_\_ *(Altre figure professionali esterne alla scuola, Operatore dello Sportello Autismo provinciale)*
9. \_ 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)*
10. \_ Sig.\dott. \_\_ *(Altri specialisti e terapisti dell’ASL o Enti Privati accreditati - convenzionati con compiti medico, psico-pedagogici, di orientamento e di assistenza specialistica che operano in modo continuativo)*
11. \_ Sig.\dott. \_\_ *(Eventuali collaboratori scolastici che coadiuvano nell’assistenza di base dell’alunno/a)*
12. \_\_\_ *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

1. \_\_\_
2. \_\_\_
3. \_\_\_
4. \_\_\_
5. \_\_\_