MIM
UST BL VI TV VR PD VE RO
VENETO

ISTITUTO COMPRENSIVO N. 16 –17 VALPANTENA E MONTORIO

Piazza Penne Mozze, 2 – 37142 Poiano – Verona

045/8700503 – 045/8700303 - fax 045/8700037 – C.F. 93185540239
vric887003@istruzione.it - vric887003@pec.istruzione.it
https://www.ic1617vr.edu.it/

GRUPPO DI LAVORO OPERATIVO PER L'INCLUSIONE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ

ALLEGATO 4

VERBALE DELL'INCONTRO DI VERIFICA INTERMEDIA ED EVENTUALE RIMODULAZIONE 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:

- Verifica complessiva dello stato di attuazione del Piano Educativo Individualizzato facendo riferimento:

  - all'aggiornamento delle condizioni di contesto e progettazione per l'a.s. successivo

  - alla tipologia degli interventi necessari per garantire il diritto allo studio e alla frequenza (Assistenza di base, Assistenza specialistica, Esigenze di tipo sanitario)
  - agli arredi speciali, ausili didattici, informatici, ecc.

- Valutazione della realizzazione del PEI con particolare riguardo agli esiti conseguiti e alle problematicità emerse
- Eventuali proposte di rimodulazione del PEI.

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 specialistica 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 ___

I RISULTATI OTTENUTI NELLA REALIZZAZIONE DEL PEI DELL'ANNO IN CORSO SONO STATI

- Non raggiunti e relative motivazioni ___
- Parzialmente raggiunti e relative motivazioni ___
- Pienamente raggiunti e relative motivazioni ___
- Eventuali specificazioni e relative motivazioni ___

I PUNTI DI FORZA RILEVATI NELLA REALIZZAZIONE DEL PEI SONO STATI [MAX 500 BATTUTE]

___

LE EVENTUALI DIFFICOLTÀ RILEVATE NELLA REALIZZAZIONE DEL PEI SONO STATE [MAX 500 BATTUTE]

___

SI RITIENE DI PROCEDERE APPORTANDO LE SEGUENTI VARIAZIONI ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE [MAX 500 BATTUTE]

___ attraverso interventi educativi e didattici secondo le seguenti metodologie e modalità organizzative:

- ___ attività curricolare in classe
- ___ attività curricolare in piccolo gruppo
- ___ intervento individualizzato
- ___ laboratori
- ___ progetti educativi specifici
- ___ altro

EVENTUALI SUGGERIMENTI PER LE ATTIVITÀ EXTRASCOLASTICHE [MAX 500 BATTUTE]

___

ALTRO [MAX 500 BATTUTE]

___

La riunione si conclude alle ore ___

___	___
IL PRESIDENTE	IL SEGRETARIO

EVENTUALI ALLEGATI

- ___
- ___
- ___

MIM
BL
VI
TV
VR
PD
VE
RO
VENETO

- ____
- ____