**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**

**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.  \_\_ (*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 \_\_\_

**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**

* \_\_\_
* \_\_\_
* \_\_\_
* \_\_\_
* \_\_\_