|  |
| --- |
| logo-repubblica-italiana-bn.png |
| Intestazione Istituzione Scolastica |

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

**Allegato 5**

Verbale dell’incontro di verifica finale 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 \_\_\_ alle ore \_00:00 *press*o/*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:

* verifica del Piano Educativo Individualizzato dell’anno in corso
* \_\_\_

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]

\_\_\_

Nel successivo anno scolastico si ritiene di perseguire i seguenti obiettivi [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
* \_\_\_ intervento individualizzato in Didattica Digitale Integrata

Eventuali suggerimenti per le attività extrascolastiche [max 500 battute]

\_\_\_

Altro [max 500 battute]

\_\_\_

La riunione si conclude alle ore \_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ |  | \_\_\_ |
| IL PRESIDENTE |  | IL SEGRETARIO |

Allegati

* \_\_\_