



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "VAL LIONA"

Via San Giovanni Bosco, 4 – 36040 SOSSANO (VI)



Tel. 0444-885284 SITO WEB: www.icsossano.gov.it
P.E.O. viic89000e@istruzione.it P.E.C. viic89000e@pec.istruzione.it
Cod. Fiscale 80017550247 Cod. Ministeriale VIIC89000E
Cod. Univoco Uff. per fatturaz. elettronica: UF1VNQ Codice IPA: icss_024

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 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 problematiche 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 (*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 ____

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

- ____
- ____
- ____
- ____
- ____