



# 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**

---

- \_\_\_\_
- \_\_\_\_
- \_\_\_\_
- \_\_\_\_
- \_\_\_\_