



**ISTITUTO COMPRENSIVO “GIOVANNI GABRIELI” MIRANO (VE)**

**SCUOLE DELL’INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA I Grado**

Sede Centrale: Via Paganini, 2/A - 30035 - MIRANO (VE) Tel. 041/431407 - Fax 041/432918

Cod. mecc. VEIC85600Q - email: veic85600q[@istruzione.it](mailto:vemm132005@istruzione.it) - Cod. fisc. 90159650275 - Posta cert.: [veic85600q@pec.istruzione.it](mailto:veic85600q@pec.istruzione.it) - [www.icgabrielimirano.edu.it](http://www.icgabrielimirano.edu.it/)

Codice fatturazione elettronica **UFBP1E** – Codice IPA **istsc\_veic85600q – Codice AOO : AOOICSGG**

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

**Allegato 3**

**Verbale dell’incontro di progettazione iniziale per l’elaborazione del PEI**

**L. n. 104/92 art. 15 come sostituito dal D.Lgs. n.66/17 art. 9 comma 10, integrato e corretto dal D.Lgs. n.96/19**

**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’alunno/a \_\_\_ frequentante la classe \_\_\_ dell’Istituto \_\_\_ con il seguente ordine del giorno:

* condivisione della documentazione clinica disponibile;
* presentazione delle osservazioni raccolte nei diversi contesti e condivisione di una sintesi;
* raccolta degli elementi per l’elaborazione o rielaborazione del PEI (obiettivi, modalità di intervento, tempi di realizzazione, modalità di verifica, utilizzo delle risorse assegnate*,* partecipazione delle persone/enti interessati).

**Sono presenti (indicare i nominativi)**

* \_ Prof.\dott. \_ Dirigente scolastico o docente formalmente delegato
* \_ Prof.\dott. \_ Docenti della sezione/team/classe
* \_ Sig.\Sig.ra \_ Genitori o esercenti la responsabilità genitoriale dell’alunno/a
* \_ Dott. \_ dell’ULSS \_\_\_ Ente accreditato \_\_\_
* \_ Sig.\dott. \_ (O*peratore sociosanitario; assistenti per l’autonomia e la comunicazione per la disabilità sensoriale, …*)
* \_ Sig.\dott.\_ (*Figure professionali specifiche esterne all’Istituzione scolastica che interagiscono con la classe e con l’alunno/a, eventuali esperti indicati dalla famiglia; la presenza viene precedentemente segnalata e concordata, …)*
* \_\_\_ Studente o studentessa *(principio di autodeterminazione)*

Presiede la riunione \_\_\_

Funge da segretario \_\_\_

**Sintesi delle osservazioni raccolte e degli elementi presenti nella documentazione clinica disponibile [max 500 battute]**

\_\_\_

**Nel presente anno scolastico si ritiene di perseguire i seguenti obiettivi [max 500 battute]**

\_\_\_

**Interventi educativi e didattici previsti, secondo le seguenti metodologie, modalità organizzative e strumenti [max 500 battute]**

\_\_\_

**Eventuali attività extrascolastiche e interventi riabilitativi o terapeutici [max 500 battute]**

\_\_\_

**Altro [max 500 battute]**

\_\_\_

Pertanto, il **GLO** procede alla stesura del PEI.

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

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

**Eventuali Allegati**

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