**ANNO SCOLASTICO 20\_\_/20\_\_**

**VERBALE DEL GLO n. \_\_ - VERIFICA INTERMEDIA PEI**

(art. 7, D. Lgs. 13 aprile 2017, n. 66 e s.m.i.)

**ALUNNO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CLASSE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEZ.\_\_\_\_\_**

**ISTITUTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PLESSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PERCORSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, si riunisce il G.L.O con il seguente ordine del giorno:

Approvazione verifica intermedia ed eventuale revisione del Piano Educativo Individualizzato

* Modalità dell’incontro: in presenza nei locali dell’Istituto …, in remoto, piattaforma meet
* Tipologia di supporto fornita dalla ASL: specificare: da remoto con link fornito dalla scuola, in presenza …

**SONO PRESENTI:**

Coordinatore: Cognome e Nome

Docenti curricolari:

Elenco Cognomi e Nomi

Docenti di sostegno:

Elenco Cognomi e Nomi

La FS BES: Cognome e Nome

Il NPI: Dott. ……………….

L’ASSISTENTE SOCIALE: Dott. ……………………

Altri: specificare con Cognomi e Nomi

Il/I GENITORE/I: Cognome/i e Nome/i

LO STUDENTE: Cognome e Nome

Aperta la seduta, si procede ad esaminare il percorso di inclusione dell’alunno/a.

Il G.L.O, tenuto conto del percorso previsto:

□ non propone alcuna revisione del P.E.I.

□ propone la seguente revisione del P.E.I.

**Sintesi e specifica dei punti oggetto di eventuale adeguamento e della descrizione degli interventi sul contesto per realizzare un ambiente di apprendimento inclusivo**

….....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Riepilogo relativo alla compilazione del Profilo Dinamico Funzionale**

(*qualora non sia stato compilato prendere in esame le seguenti variabili*)

1. *Alunno in Prima: se non è presente la Diagnosi Funzionale richiedere tale documento allo specialista; qualora sia presente fare osservare che si necessita di maggiore tempo di osservazione per la compilazione del documento in oggetto*
2. *Alunno iscritto alle classi successive: aggiornare circa la presenza della documentazione; se non è presente la Diagnosi Funzionale richiedere tale documento allo specialista; qualora sia presente fare osservare che si necessita di maggiore tempo di osservazione per la compilazione del documento in oggetto*

**Riepilogo relativo alla documentazione con particolare attenzione ai documenti mancanti:**

…........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Il Gruppo di Lavoro si accorda al fine di incontrarsi nuovamente nel periodo di (specificare)

|  |
| --- |
| La riunione ha termine alle ore …………….. |

Firenze, ………………………………..

Il/I verbalizzante/i

Cognome e Nome Cognome e Nome

Firma Firma