|  |
| --- |
| **GLO - Gruppo di Lavoro Operativo**  **per l'Inclusione**  Anno Scolastico 2024/2025  Art. 15, commi 10 e 11 della L. 104/1992 (come modif. dal D.Lgs 96/2019) |

**Alunno ……………Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria di primo grado**

**Plesso ……………Classe …………….**

**VERBALE GLO Verifica Finale NUMERO ….**

L’anno 2025, nel mese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, si è riunito il GLO per l’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ convocato con prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per discutere i seguenti punti all’o.dg.:

**1. Verifica Conclusiva degli Esiti del documento Pei Ministeriale Nazionale (se.5/7/8).**

**2.** “**Verifica Finale/Proposte per le Risorse Professionali e i Servizi di Supporto necessari” Sez. 11 (Legge D.L. 104/92, D. Lgs 66/2017, Lgs 96/2019, Decreto Interministeriale N. 182 Del 29 Dicembre 2020).**

Risultano essere presenti:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO |
| 1. LIONETTI ADDOLORATA | DIRIGENTE SCOLASTICO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Risultano essere assenti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presiede l’incontro il Dirigente scolastico/su delega del Dirigente scolastico, il/la docente referente per l’inclusione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; funge da segretario verbalizzante l’insegnante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Constatata la validità della seduta, il presidente richiama la normativa sul rispetto della privacy (D. Lgs 196/2003 e ss.mm.ii.) alla quale tutti i componenti del gruppo di lavoro sono tenuti nello svolgimento del proprio ruolo e dà la parola (o prende la parola) all’insegnante di sostegno/classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la trattazione del **punto 1 all’o.d.g. “Verifica conclusiva PEI per l'anno scolastico in corso”**. I docenti di classe ed il docente di sostegno relazionano in merito alla verifica finale del PEI, soffermandosi sui risultati didattici conseguiti e sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti riferiti anche all'ambiente di apprendimento e su eventuali obiettivi non raggiunti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Punto 2 all’o.d.g. “Formalizzazione delle proposte di sostegno didattico e delle altre risorse per l’a.s. successivo”.** Sulla base del debito di funzionamento e/o sulla base della verifica finale degli obiettivi programmati, il GLO propone la seguente quantificazione delle ore dell’insegnante di sostegno

alla classe di riferimento e/o assistente, la cui sintesi è:

● ore settimanali di docente di sostegno: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

● ore settimanali di assistenza igienica di base: n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

● assistenza alla comunicazione e all’autonomia: tipologia di assistenza / figura professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

● Eventuali esigenze correlate al trasporto dell’alunno/a da e verso la scuola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Con le seguenti motivazioni: (esempio in allegato)

* + Possibilità di affiancarlo con una copertura oraria idonea nelle materie più fragili;
  + Aiutarlo ad aumentare la sua capacità di concentrazione e di apprendimento;
  + Supportare ed accrescere sempre più l’autostima personale;
  + Creare mediatori didattici utili al supporto della memoria il più aderenti possibili alle lezioni

svolte nell’arco della mattinata;

* + Poter gestire meglio gli esercizi da eseguire in classe nelle discipline scientifiche;
  + Poterlo guidare in modo adeguato nello studio della lingua inglese e in tutte le nuove materie che dovrà conoscere ed affrontare;
  + Migliorare l’autonomia personale e la gestione dello studio;
  + Poter raggiungere un successo formativo gratificante per obiettivi minimi evitando di giungere alla proposta di convertire tale percorso personalizzato che non lo porterebbe ad avere un diploma ma una certificazione di competenze.

Approvazione della suddetta proposta: Favorevoli: n. \_\_\_\_\_\_\_\_ Contrari: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Astenuti: n. \_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’ insegnante verbalizzante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico/Il docente su delega del Ds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Letto, approvato e sottoscritto

**VERIFICA FINALE**

Barletta, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | FIRMA DEI COMPONENTI DEL GLO |
| **Prof.ssa LIONETTI ADDOLORATA** | **DIRIGENTE SCOLASTICO** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **ASSISTENTE ALL’AUTONOMIA**  **COMUNE DI BARLETTA** |  |
| **Dott./dott.ssa** | **SPECIALISTA UVM ASL BT** |  |
|  | **MADRE** |  |
|  | **PADRE** |  |
|  | **COMUNITA’/CASA FAMIGLIA** |  |