**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

(ART. 7 D.LGS.13 APRILE 2017, N.66 es.m.i.)

**Anno Scolastico 20……**

**ALUNNO/A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Codice sostitutivo personale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Modifiche o integrazioni alla composizione del GLO (Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | Variazione (nuovo membro, sostituzione, decadenza…) |
|  |  |  |  |

**VERIFICA INTERMEDIA**

**4. Osservazioni sullo studente/essa per progettare gli interventi di sostegno didattico**

**Revisione Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Revisione** Specificare i punti oggetto di eventuale revisione |  |

**5. Interventi per lo studente/essa:obiettivi, educativi, strumenti, strategie e modalità.**

**Revisione Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Revisione** Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle diverse Dimensioni interessate. |  |

**6. Osservazioni sul contesto: facilitatori e barriere.**

**Revisione Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Revisione** Specificare i punti oggetto di eventuale revisione |  |

**7. Interventi sul contesto per realizzare un ambiente di apprendimento inclusivo.**

**Revisione Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Revisione** Specificare i punti oggetto di eventuale revisione |  |

**8. Interventi sul percorso curriculare.**

**Revisione Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Revisione** Specificare i punti oggetto di eventuale revisione |  |

**9. Organizzazione generale del progetto di inclusione e utilizzo delle risorse.**

**Revisione Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Revisione** Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle risorse professionali dedicate. |  |

**La verifica intermedia è stata condivisa dal GLO in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Come risulta dal verbale n.\_\_\_\_\_allegato**

**Sottoscrizione GLO - Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome** | **\*Specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO** | **Firma** |
|  | *Docente Scienze Motorie* |  |
|  | *Docente Italiano* |  |
|  | *Docente Inglese* |  |
|  | *Docente Storia* |  |
|  | *Docente Matematica-fisica* |  |
|  | *Docente Scienze* |  |
|  | *Docente Storia dell’Arte* |  |
|  | *Docente Filosofia* |  |
|  | *Docente Religione* |  |
|  | *Docente Lab. ………………* |  |
|  | *Disc. ………………………………* |  |
|  | *Docente Attività di Sostegno* |  |
|  | *Docente Attività di Sostegno* |  |
|  | *Eventuale esperto esterno* |  |
|  | Studente (indicare se maggiorenne) |  |
|  | Genitore/tutore alunno |  |
|  | Genitore/tutore alunno |  |
|  | Unità Operativa Neuropsichiatria Infant. Adolescenziale (U.O. N.P.I.A.) ASP N.2 –N.3  |  |

Art. 15, commi 10 e 11 della L. 104/1992 (come modif. dal D.Lgs 96/2019)