Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca

– Regione Siciliana –



**IX-AMBITO TERRITORIALE DI CATANIA**

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

**Gruppo di lavoro operativo per l’inclusione (GLO)**

Verbale dell’incontro per la verifica finale del PEI – A.S. 2024/25

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

***(ELIMINARE LE PARTI CHE NON INTERESSANO )***

Il giorno ... alle ore ... presso……………………………… previa convocazione del Dirigente Scolastico Antonio Alessandro Massimino, si riunisce il Gruppo di Lavoro Operativo per lo/la studente/ssa …….. frequentante la classe……. del Liceo Artistico “Emilio Greco” di Catania, per procedere alla discussione del seguente o.d.g.:

* stesura e verifica finale PEI.

Sono presenti/assenti:

- I docenti ……………….

- Altre figure di riferimento /assistente per l’autonomia e comunicazione per la disabilità sensoriale)……………………

- Genitori/tutori …………..

- Eventuale esperto della famiglia (scrivere solo se presente)……………..

- Studente/ssa (scrivere solo se presente)

Presiede la riunione il/la professor/essa (coordinatore classe o chi per lui)

Funge da segretario il/la professor/essa (docente di sostegno)

* (***Descrivere brevemente i risultati raggiunti, nonché eventuali difficoltà emerse durante l’anno sez. 11 e aggiornamento per l’a.s. 2025-26 sez. 5-6-7)***

Partendo dalle osservazioni e dagli interventi attuati, tenuto conto della documentazione agli atti e dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno si propone per l’a.s. 2024-25:

1. **Si indica il fabbisogno di ore di sostegno**……

con la seguente motivazione……………………………………………………………………….:

1. **Si indica il fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base** (indicare se trattasi di alunno gravissimo con “Patto di cura”) nel modo seguente…………………
2. **Si indica il fabbisogno di risorse professionali da destinare all'assistenza all'autonomia e alla comunicazione**: tipologia di assistenza / figura professionale ……………………………..

 per n. ore ……………………………...

Nel caso in cui l’Unità Operativa Neuropsichiatria Infantile Adolescenziale (U.O. N.P.I.A.) ASP N.2 (per la sede di Catania presso l’ ASP di Corso Italia per la sua ratifica )– N.3 (per le sedi distaccate presso l’ASP di Tremestieri) non fosse presente alla seduta del GLO la verifica finale del PEI verrà sottoposto alla condivisione a data da destinarsi.

Non essendo posti altri argomenti la seduta viene sciolta alle ore …

Luogo, data

Il presidente Il verbalizzante

Prof. …... Prof. ….