**VERBALE MAGGIO/GIUGNO**

**GRUPPO DI LAVORO OPERATIVO PER L’INCLUSIONE SCOLASTICA (GLO)**

**( Cancellare le parti che non interessano e le persone assenti -**

**scrivere in grassetto nome dell’alunno e sezione)**

**DEL GRUPPO DI LAVORO OPERATIVO PER L’INCLUSIONE SCOLASTICA (GLO).**

**(Togliere le parti che non interessano)**

Il giorno \_\_\_\_ del mese di dell’anno, alle ore\_\_\_\_\_ nei locali dell’Istituto Comprensivo “Italo Calvino” di via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Catania ovvero in modalità telematica sincrona tramite piattaforma “Meet”, si riunisce il Gruppo di Lavoro Operativo per l’Inclusione Scolastica (GLO) per l’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante nel presente anno scolastico la classe\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_ di scuola infanzia/primaria/secondaria di 1° grado **ovvero** iscritto per il prossimo anno scolastico 2025/2026 alla classe\_\_ sez. \_\_di scuola infanzia/primaria/secondaria di 1° grado.

Sono presenti alla riunione

* il Dirigente scolastico, ovvero il suo delegato ins……………………………….
* i seguenti docenti del team contitolari di scuola dell’infanzia/primaria: cognome e nome ……………..
* i seguenti docenti del consiglio di classe di scuola secondaria: ……………………………
* l’insegnante specializzato per il sostegno didattico contitolare della classe: cognome e nome ……………………..
* i/l genitori/e dell’alunno con disabilità, o da chi esercita la responsabilità genitoriale: cognome e nome ………………………….
* il/i rappresentante/i dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di residenza dell'alunno con disabilità: dott.ssa …………………..
* l’assistente all’autonomia ed alla comunicazione: cognome e nome …………………….;
* personale O.D.A. (Opera Diocesana Assistenza Catania) ………………………………..;
* l’esperto indicato dalla famiglia dott.ssa ……………..in quanto preventivamente autorizzato dal dirigente scolastico, a titolo consultivo e non decisionale;
* l’assistente igienico-personale sig. ……………………… , a titolo non decisionale;
* eventuali altre figure………………………… (specificare a che titolo).

Il GLO si riunisce per discutere e deliberare il seguente ordine del giorno (cancellare le voci che non interessano):

1. Verifica finale PEI;
2. (EVENTUALE solo per le nuove certificazioni e per i passaggi da un ordine di scuola all’altro) stesura/revisione Profilo Dinamico Funzionale PDF;
3. (EVENTUALE) Approvazione PEI provvisorio(solo se nuova certificazione della condizione di disabilità ai fini dell’inclusione scolastica, allo scopo di definire le proposte di sostegno didattico o di altri supporti necessari per sviluppare il progetto di inclusione relativo all'anno scolastico successivo);
4. formulazione proposte relative al fabbisogno di risorse professionali e per l’assistenza per l’anno successivo;
5. formulazione proposte sussidi e risorse didattiche per il progetto di inclusione;
6. varie ed eventuali.

Il docente………………… presenta l’alunno/a, ne descrive le caratteristiche e gli interventi educativo-didattici svolti, i **risultati ottenuti in termini di apprendimento**, i **criteri di valutazione adottati**:

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

Dopo attenta discussione nella quale intervengono ………………,il GLO, visto ilDlgs.66/2017, in ordine alla richiesta di conferma o modificazione delle ore di sostegno (art. 7, comma 2, lettera g), il GLO delibera ALL’UNANIMITÀ/MAGGIORANZA quanto segue:

1) **richiesta di conferma** delle ore di sostegno didattico per l’a.s.2025/2026 per n. ore:\_\_\_\_

2) **richiesta di modifica delle ore di sostegno** per l’a.s. 2025/2026 (art. 7, lettera d) D.Lgs66/2017:

* n° ore assegnate del **docente di sostegno nel presente anno scolastico**: \_\_\_
* n° ore **docente di sostegno in deroga richieste per il prossimo anno scolastico**: \_\_\_

per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* n. ore di **educatore per l’assistenza all’autonomia e comunicazione** \_\_\_\_
* **assistenza specialistica integrata** sì  no
* **assistenza di base** (ata) sì  no

Esaurita la discussione sui punti all’ordine del giorno, letto, approvato e sottoscritto il presente verbale, la seduta è tolta alle ore \_\_\_

Letto, approvato e sottoscritto il presente verbale, la seduta è tolta alle ore\_\_\_\_

Si allega al presente verbale il PEI sottoscritto.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il presidente Il segretario

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