**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO**

**ISTITUTO COMPRENSIVO “LUIGI EINAUDI” DI SALE MARASINO (BS)**

Via Mazzini, 28 - 25057 Sale Marasino (BS) - Tel. 030986208 - Fax 0309820063

[bsic87100b@pec.istruzione.it -](mailto:bsic87100b@pec.istruzione.it) [bsic87100b@istruzione.it](mailto:bsic87100b@istruzione.it)

C. F. 98149890174 - C. M. BSIC87100B - Codice Univoco per fatturazione elettronica UFJYQL

**Anno Scolastico 202 -202**

|  |
| --- |
| Riunione del GLO - Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione - Data |
|  |
| ALUNNO/A |
| *Cognome Nome* |
| Classe Plesso Verbale N° |

**Composizione del GLO - Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | | \* specificare a quale titolo ciascun componente interviene al **GLO** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |

**1 OGGETTO DELLA RIUNIONE DEL**

Stesura del PEI Provvisorio

Sottoscrizione del Piano Educativo Individualizzato

Verifica Intermedia

Verifica Finale

|  |
| --- |
| **2 OBIETTIVI DEL PEI (DA COMPILARE DURANTE IL PRIMO INCONTRO DEL GLO)** |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |

**3 OBIETTIVI DEL PEI (DA COMPILARE DURANTE IL PRIMO INCONTRO DEL GLO)**

**4 INTERVENTO DELL’ISTITUZIONE SCOLASTICA (DOCENTI CURRICOLARI E DOCENTE DI SOSTEGNO):**

**5 INTERVENTO REFERENTI NPI:**

|  |
| --- |
| **6 INTERVENTO FAMIGLIA ALUNNO:** |
|  |
|  |
| **7 INTERVENTO ASSISTENTE AD PERSONAM O REFERENTE COOPERATIVA** |
|  |
|  |
| **8 INTERVENTO DELL’ASSISTENTE SOCIALE:** |
|  |
|  |
| **9 INTERVENTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO O DELLA FUNZIONE STRUMENTALE:** |
|  |

|  |
| --- |
| **10 INTERVENTO ALTRI SPECIALISTI:** |
|  |
|  |
| **11 PROPOSTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO PER L’A.S. 2022-2023** |
| A. Proposta N° ore insegnante di sostegno |
| B. Proposta N° ore Assistente Ad Personam |
|  |
| **12 ALLEGATI** |
| Sono presenti allegati: Sì |
| Sono presenti allegati: No |

Il presente verbale viene chiuso alle ore

L’insegnante Coordinatore o Referente