

# PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

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

Anno Scolastico \_\_\_\_\_

BAMBINO/A \_\_\_\_\_

codice sostitutivo personale \_\_\_\_\_

Sezione \_\_\_\_\_ Plesso o sede \_\_\_\_\_

ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI DELL'INCLUSIONE SCOLASTICA rilasciato in data \_\_\_\_\_

Data scadenza o rivedibilità:  \_\_\_\_\_  Non indicata

PROFILO DI FUNZIONAMENTO redatto in data \_\_\_\_\_

Nella fase transitoria:

PROFILO DI FUNZIONAMENTO NON DISPONIBILE

DIAGNOSI FUNZIONALE redatta in data \_\_\_\_\_

PROFILO DINAMICO FUNZIONALE IN VIGORE approvato in data \_\_\_\_\_

PROGETTO INDIVIDUALE  redatto in data \_\_\_\_\_  non redatto

|  |   |  |
|--|---|--|
| PEI PROVVISORIO  | DATA _____<br><br>VERBALE ALLEGATO N. 1     | FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup><br>..... ○ . |
| APPROVAZIONE DEL PEI<br>E PRIMA SOTTOSCRIZIONE         | DATA _____<br><br>VERBALE ALLEGATO N. 1     | FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup><br>..... ○ . |
| VERIFICA INTERMEDIA                                    | DATA _____<br><br>VERBALE ALLEGATO N. _____ | FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup><br>..... ○ . |
| VERIFICA FINALE E<br>PROPOSTE PER L'A.S.<br>SUCCESSIVO | DATA _____<br><br>VERBALE ALLEGATO N. _____ | FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup><br>..... ○ . |

(1) o suo delegato

## Composizione del GLO - Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione

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

| Nome e Cognome | *specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO |
|----------------|--|
| 1.             |  |
| 2.             |  |
| 3.             |  |
| 4.             |  |
| 5.             |  |
| 6.             |  |
| 7.             |  |
| ...            |  |

### Eventuali modifiche o integrazioni alla composizione del GLO, successive alla prima convocazione

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

## 1. Quadro informativo

Situazione familiare / descrizione del bambino o della bambina

A cura dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale ovvero di altri componenti del GLO.....

.....

.....

.....

## 2. Elementi generali desunti dal Profilo di Funzionamento

o dalla Diagnosi Funzionale, se non disponibile

*Sintetica descrizione, considerando in particolare le dimensioni sulle quali va previsto l'intervento e che andranno quindi analizzate nel presente PEI*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*In base alle indicazioni del Profilo di Funzionamento (o della Diagnosi Funzionale e del Profilo Dinamico Funzionale se non è stato ancora redatto) sono individuate le dimensioni rispetto alle quali è necessario definire nel PEI specifici interventi. Le sezioni del PEI non coinvolte vengono omesse.*

|   |               |                                      |                                    |
|---|---------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Dimensione Socializzazione/Interazione/Relazione            | Sezione 4A/5A | <input type="checkbox"/> Va definita | <input type="checkbox"/> Va omessa |
| Dimensione Comunicazione/Linguaggio                         | Sezione 4B/5A | <input type="checkbox"/> Va definita | <input type="checkbox"/> Va omessa |
| Dimensione Autonomia/ Orientamento                          | Sezione 4C/5A | <input type="checkbox"/> Va definita | <input type="checkbox"/> Va omessa |
| Dimensione Cognitiva, Neuropsicologica e dell'Apprendimento | Sezione 4D/5A | <input type="checkbox"/> Va definita | <input type="checkbox"/> Va omessa |

### 3. Raccordo con il Progetto Individuale di cui all'art. 14 della Legge 328/2000

*a. Sintesi dei contenuti del Progetto Individuale e sue modalità di coordinamento e interazione con il presente PEI, tenendo conto delle considerazioni della famiglia (se il progetto individuale è stato già redatto) \_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*b. Indicazioni da considerare nella redazione del progetto individuale di cui all'articolo 14 Legge n. 328/00 (se il progetto individuale è stato richiesto e deve ancora essere redatto)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Osservazioni sul/sulla bambino/a per progettare gli interventi di sostegno didattico

Punti di forza sui quali costruire gli interventi educativi e didattici

**a. Dimensione della relazione, dell'interazione e della socializzazione:**

\_\_\_\_\_

**b. Dimensione della comunicazione e del linguaggio:**

\_\_\_\_\_

**c. Dimensione dell'autonomia e dell'orientamento:**

\_\_\_\_\_

**d. Dimensione cognitiva, neuropsicologica e dell'apprendimento:**

\_\_\_\_\_

#### Revisione

Data: \_\_\_\_\_

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

### 5. Interventi per il/la bambino/a: obiettivi educativi e didattici, strumenti, strategie e modalità

**A. Dimensione: RELAZIONE / INTERAZIONE / SOCIALIZZAZIONE** → *si faccia riferimento alla sfera affettivo relazionale, considerando l'area del sé, il rapporto con gli altri, la motivazione verso la relazione consapevole, anche con il gruppo dei pari, le interazioni con gli adulti di riferimento nel contesto scolastico, la motivazione all'apprendimento*

#### OBIETTIVI

Obiettivi ed esiti attesi

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INTERVENTI DIDATTICI e METODOLOGICI

|          |                       |
|----------|-----------------------|
| Attività | Strategie e Strumenti |
|----------|-----------------------|

**B. Dimensione: COMUNICAZIONE / LINGUAGGIO** → *si faccia riferimento alla competenza linguistica, intesa come comprensione del linguaggio orale, produzione verbale e relativo uso comunicativo del linguaggio verbale o di linguaggi alternativi o integrativi; si consideri anche la dimensione comunicazionale, intesa come modalità di interazione, presenza e tipologia di contenuti prevalenti, utilizzo di mezzi privilegiati*

### OBIETTIVI

|                           |
|---------------------------|
| Obiettivi ed esiti attesi |
|---------------------------|

## INTERVENTI DIDATTICI e METODOLOGICI

|          |                       |
|----------|-----------------------|
| Attività | Strategie e Strumenti |
|----------|-----------------------|

**C. Dimensione: AUTONOMIA/ORIENTAMENTO** → *si faccia riferimento all'autonomia della persona e all'autonomia sociale, alle dimensioni motorio-prassica (motricità globale, motricità fine, prassie semplici e complesse) e sensoriale (funzionalità visiva, uditiva, tattile)*

### OBIETTIVI

|                           |
|---------------------------|
| Obiettivi ed esiti attesi |
|---------------------------|

## INTERVENTI DIDATTICI e METODOLOGICI

|          |                       |
|----------|-----------------------|
| Attività | Strategie e Strumenti |
|----------|-----------------------|

**D. Dimensione COGNITIVA, NEUROPSICOLOGICA E DELL'APPRENDIMENTO** → *capacità mnesiche, intellettive e organizzazione spazio-temporale; livello di sviluppo raggiunto in ordine alle strategie utilizzate per la risoluzione di compiti propri per la fascia d'età, agli stili cognitivi, alla capacità di integrare competenze diverse per la risoluzione di compiti, alle competenze di lettura, scrittura, calcolo, decodifica di testi o messaggi*

### OBIETTIVI

|                           |
|---------------------------|
| Obiettivi ed esiti attesi |
|---------------------------|

## INTERVENTI DIDATTICI e METODOLOGICI

|          |                       |
|----------|-----------------------|
| Attività | Strategie e Strumenti |
|----------|-----------------------|

### Revisione

Data: \_\_\_\_\_

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

### Verifica conclusiva degli esiti

Data: \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| Con verifica dei risultati conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti |  |
|---|--|

## 6. Osservazioni sul contesto: barriere e facilitatori

Osservazioni nel contesto scolastico con indicazione delle barriere e dei facilitatori a seguito dell'osservazione sistematica del bambino o della bambina e della sezione

|  |
|--|
|  |
|--|

### Revisione

Data: \_\_\_\_\_

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

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

Obiettivi educativi e didattici, strumenti, strategie e modalità per realizzare un ambiente di apprendimento nelle dimensioni della relazione, della socializzazione, della comunicazione, dell'interazione, dell'orientamento e delle autonomie, anche sulla base degli interventi di corresponsabilità educativa intrapresi dall'intera comunità scolastica per il soddisfacimento dei bisogni educativi individuati.

|  |
|--|
|  |
|--|

**Revisione**

Data: \_\_\_\_\_

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

**Verifica conclusiva degli esiti**

Data: \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| Con verifica dei risultati conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti. |  |
|--|--|

## 8. Interventi sul percorso curricolare

### 8.1 Interventi educativi, strategie, strumenti nei diversi campi di esperienza

|   |
|---|
| Modalità di sostegno educativo e ulteriori interventi di inclusione |
|---|

**Revisione**

Data: \_\_\_\_\_

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

**Verifica conclusiva degli esiti**

Data: \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| Con verifica dei risultati educativi conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti riferiti anche all'ambiente di apprendimento<br><br><i>NB: la valutazione finale degli apprendimenti è di competenza di tutti i docenti della sezione</i> |  |
|---|--|

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

### Tabella orario settimanale

(da adattare - a cura della scuola - in base all'effettivo orario della sezione)

Per ogni ora specificare:

- se il/la bambino/a è presente a scuola salvo assenze occasionali specificare)
- se è presente l'insegnante di sostegno
- se è presente l'assistente all'autonomia o alla comunicazione

Pres.  (se è sempre presente non serve

Sost.

Ass.

|               | Lunedì   | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato |
|---------------|--|---------|-----------|---------|---------|--------|
| 8.00 - 9.00   | Pres. <input type="checkbox"/><br>Sost. <input type="checkbox"/> Ass. <input type="checkbox"/> |         |           |         |         |        |
| 9.00 - 10.00  | Pres. <input type="checkbox"/><br>Sost. <input type="checkbox"/> Ass. <input type="checkbox"/> |         |           |         |         |        |
| 10.00 - 11.00 | Pres. <input type="checkbox"/><br>Sost. <input type="checkbox"/> Ass. <input type="checkbox"/> |         |           |         |         |        |
| 11.00 - 12.00 | Pres. <input type="checkbox"/><br>Sost. <input type="checkbox"/> Ass. <input type="checkbox"/> |         |           |         |         |        |
| 12.00 - 13.00 | Pres. <input type="checkbox"/><br>Sost. <input type="checkbox"/> Ass. <input type="checkbox"/> |         |           |         |         |        |
| ...           | ...  |         |           |         |         |        |
|               |  |         |           |         |         |        |
|               |  |         |           |         |         |        |

|  |   |
|--|---|
| Il/la bambino/a frequenta con orario ridotto?  | <input type="checkbox"/> Sì: è presente a scuola per ___ ore settimanali rispetto alle ___ ore della classe, su richiesta <input type="checkbox"/> della famiglia <input type="checkbox"/> degli specialisti sanitari, in accordo con la scuola, per le seguenti motivazioni:.....<br><input type="checkbox"/> No, frequenta regolarmente tutte le ore previste per la classe |
| Il/la bambino/a è sempre nel gruppo sezione con i compagni?                          | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No, in base all'orario è presente n. _____ ore in laboratorio o in altri spazi per le seguenti attività _____   |
| Insegnante per le attività di sostegno   | Numero di ore settimanali _____   |
| Risorse destinate agli interventi di assistenza igienica e di base                   | Descrizione del servizio svolto dai collaboratori scolastici _____<br>_____   |
| Risorse professionali destinate all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione | Tipologia di assistenza / figura professionale _____<br>Numero di ore settimanali condivise con l'Ente competente _____   |
| Altre risorse professionali presenti nella scuola/classe                             | <input type="checkbox"/> docenti della sezione o della scuola in possesso del titolo di specializzazione per le attività di sostegno<br><input type="checkbox"/> docenti dell'organico dell'autonomia coinvolti/e in progetti di inclusione o in specifiche attività rivolte al/alla bambino/a e/o alla sezione   |

|   |   |
|---|---|
|   | [ ] altro _____   |
| Uscite didattiche e visite guidate  | Interventi previsti per consentire al bambino o alla bambina di partecipare alle uscite didattiche e alle visite guidate organizzate per la sezione _____ |
| Strategie per la prevenzione e l'eventuale gestione di comportamenti problematici | _____   |
| Attività o progetti sull'inclusione rivolti alla classe                           | _____   |
| Trasporto Scolastico  | Indicare le modalità di svolgimento del servizio _____  |

### Interventi e attività extrascolastiche attive

|  |        |           |   |                                    |
|--|--------|-----------|---|------------------------------------|
| Tipologia (es. riabilitazione, attività extrascolastiche, attività ludico/ricreative, trasporto scolastico etc.) | n° ore | struttura | Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI | NOTE<br>(altre informazioni utili) |
| Attività extrascolastiche di tipo informale  |        | supporto  | Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI | NOTE<br>(altre informazioni utili) |

### Revisione

Data: \_\_\_\_\_

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

## 11. Verifica finale/Proposte per le risorse professionali e i servizi di supporto necessari

|  |  |
|--|--|
| Verifica finale del PEI<br><br>Valutazione globale dei risultati raggiunti (con riferimento agli elementi di verifica delle varie Sezioni del PEI) |  |
|--|--|

### Aggiornamento delle condizioni di contesto e progettazione per l'a.s. successivo [Sez. 5-6-7]

|  |
|--|
|  |
|--|

### Interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza

#### Assistenza

|   |  |
|---|--|
| <p>Assistenza di base (<b>per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi</b>)</p> <p><i>igienica</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>spostamenti</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>mensa</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>altro</i>      <input type="checkbox"/> (<i>specificare.....</i>)</p> <p>Dati relativi all'assistenza di base (nominativi collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria)</p> | <p>Assistenza specialistica all'autonomia e/o alla comunicazione (<b>per azioni riconducibili ad interventi educativi</b>):</p> <p><u>Comunicazione:</u></p> <p><i>assistenza a bambini/e privi della vista</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>assistenza a bambini/e privi dell'udito</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>assistenza a bambini/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><u>Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:</u></p> <p><i>cura di sé</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>mensa</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>altro</i>      <input type="checkbox"/> (<i>specificare .....</i>)</p> <p>Dati relativi agli interventi educativi all'autonomia e alla comunicazione (nominativi educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria)</p> |
|---|--|

*Per le esigenze di tipo sanitario si rimanda alla relativa documentazione presente nel Fascicolo del/della bambino/a*

|   |  |
|---|--|
| Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.) | Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| Proposta del numero di ore di sostegno per l'anno successivo* | <p>Partendo dall'organizzazione delle attività di sostegno didattico e dalle osservazioni sistematiche svolte, <b>tenuto conto</b> <input type="checkbox"/> <b>del Profilo di Funzionamento</b>, oltre che dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno, si propone - nell'ambito di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 29.12.2020, n. 182 - il seguente fabbisogno di ore di sostegno.</p> <p>Ore di sostegno richieste per l'a. s. successivo _____</p> <p>con la seguente motivazione:.....</p> |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| <p>Proposta delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base e delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno successivo*</p> <p>* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)</p> | <p>Partendo dalle osservazioni descritte nelle Sezioni 4 e 6 e dagli interventi descritti nelle Sezioni n. 5 e 7, tenuto conto del Profilo di Funzionamento e dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno:</p> <p>- si indica il fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente.....</p> <p>- si indica, come segue, il fabbisogno di risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione - nell'ambito di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 182/2020 e dall'Accordo di cui all'art. 3, comma 5bis del D.Lgs 66/2017 - per l'a. s. successivo:</p> <p>tipologia di assistenza / figura professionale _____</p> <p>per N. ore _____(1).</p> |
| <p>Eventuali esigenze correlate al trasporto del bambino o della bambina da e verso la scuola</p>   |  |
| <p>Indicazioni per il PEI dell'anno successivo</p>  | <p>Suggerimenti, proposte, strategie che hanno particolarmente funzionato e che potrebbero essere riproposte; criticità emerse da correggere, ecc.....</p> <p>.....</p>  |

(1) L'indicazione delle ore è finalizzata unicamente a permettere al Dirigente Scolastico di formulare la richiesta complessiva d'Istituto delle misure di sostegno ulteriori rispetto a quelle didattiche, da proporre e condividere con l'Ente Territoriale

La verifica finale, con la proposta del numero di ore di sostegno e delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nonché delle tipologie di assistenza/figure professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno scolastico successivo, è stata approvata dal GLO in data \_\_\_\_\_

Come risulta da verbale n. \_\_\_ allegato

| Nome e Cognome | *specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | FIRMA |
|----------------|--|-------|
| 1.             |  |       |
| 2.             |  |       |
| 3.             |  |       |
| 4.             |  |       |
| 5.             |  |       |
| 6.             |  |       |
| 7.             |  |       |

## 12. PEI Provvisorio per l'a. s. successivo

[da compilare a seguito del primo accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica]

|   |  |                                     |                                   |                                   |                                     |   |
|---|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|
| Proposta del numero di ore di sostegno alla classe per l'anno successivo*<br>* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017) | Partendo dal Profilo di Funzionamento, si individuano le principali dimensioni interessate [Sezione 4] e le condizioni di contesto [Sezione 6], con la previsione degli interventi educativi da attuare ed il relativo fabbisogno di risorse professionali per il sostegno e l'assistenza .....<br>..... |                                     |                                   |                                   |                                     |   |
|   | Entità delle difficoltà nello svolgimento delle attività comprese in ciascun dominio/dimensione tenendo conto dei fattori ambientali implicati   | Assente<br><input type="checkbox"/> | Lieve<br><input type="checkbox"/> | Media<br><input type="checkbox"/> | Elevata<br><input type="checkbox"/> | Molto elevata<br><input type="checkbox"/> |
|   | Ore di sostegno richieste per l'a. s. successivo _____<br>con la seguente motivazione:.....<br>.....   |                                     |                                   |                                   |                                     |   |

## Interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza

### Assistenza

|  |   |
|--|---|
| Assistenza di base ( <b>per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi</b> )<br><i>igienica</i> <input type="checkbox"/><br><i>spostamenti</i> <input type="checkbox"/><br><i>mensa</i> <input type="checkbox"/><br><i>altro</i> <input type="checkbox"/> (specificare.....)<br>Dati relativi all'assistenza di base (collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria) | Assistenza specialistica all'autonomia e/o alla comunicazione ( <b>per azioni riconducibili ad interventi educativi</b> ):<br><u>Comunicazione:</u><br><i>assistenza a bambini/e privi della vista</i> <input type="checkbox"/><br><i>assistenza a bambini/e privi dell'udito</i> <input type="checkbox"/><br><i>assistenza a bambini/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo</i> <input type="checkbox"/><br><u>Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:</u><br><i>cura di sé</i> <input type="checkbox"/><br><i>mensa</i> <input type="checkbox"/><br><i>altro</i> <input type="checkbox"/> (specificare.....)<br>Dati relativi agli interventi educativi all'autonomia e alla comunicazione (educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria)..... |
|--|---|

Per le esigenze di tipo sanitario si rimanda alla relativa documentazione presente nel Fascicolo del/della bambino/a

|   |  |
|---|--|
| Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.) | Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo ..... |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| <p>Proposta delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base e delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e alla comunicazione, per l'anno successivo*</p> <p>* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017 )</p> | <p>Tenuto conto del Profilo di Funzionamento si individuano le principali dimensioni interessate [Sezione 4] e le condizioni di contesto [Sezione 6], con la previsione del fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base e delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e alla comunicazione, per l'anno successivo:</p> <p>a) Fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente _____</p> <p>b) Fabbisogno di risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e alla comunicazione - nell'ambito di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 182/2020 e dall'Accordo di cui all'art. 3, comma 5<i>bis</i> del D.Lgs 66/2017 - per l'a. s. successivo: tipologia di assistenza / figura professionale _____ per N. ore _____(1).</p> |
| <p>Eventuali esigenze correlate al trasporto del bambino o della bambina da e verso la scuola</p>  |  |

(1) L'indicazione delle ore è finalizzata unicamente a permettere al Dirigente Scolastico di formulare la richiesta complessiva d'Istituto delle misure di sostegno ulteriori rispetto a quelle didattiche, da proporre e condividere con l'Ente Territoriale

Il PEI provvisorio con la proposta del numero di ore di sostegno e delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nonché delle tipologie di assistenza/figure professionali e relativo fabbisogno da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno scolastico successivo, è stato approvato dal GLO

in data \_\_\_\_\_

come risulta da verbale n. \_\_\_\_ allegato

| Nome e Cognome | *specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | FIRMA |
|----------------|--|-------|
| 1.             |  |       |
| 2.             |  |       |
| 3.             |  |       |
| 4.             |  |       |
| 5.             |  |       |
| 6.             |  |       |
| 7.             |  |       |