*-MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITA’ E DELLA RICERCA*

**ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE**

**DISTRETTO N. 16** - Macerata Campania (CE) Via Roma,11

***C.F. 94017830616- Mail:ceic88300b@istruzione.it – ceic88300b@pec.istruzione.it***

***sito*** [***www.icmaceratacampania.edu.it***](http://www.icmaceratacampania.edu.it) ***Tel 0823/692435 Fax 0823/695550***

**VERBALE n. 2**

**Verifica Intermedia PEI**

Il giorno ……………………….alle ore……….., presso la sede del PLESSO……………………………..,

si riunisce il **G.L.O.,** in presenza per l’alunno/a classe …….. sez. ……..

 **I punti all’ordine del giorno sono i seguenti:**

1. Verifica intermedia PEI
2. Varie ed eventuali

**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 | Firme |
|  | Dirigente Scolastico o suo/a delegato/a |  |
|  | Referente alunni con disabilità |  |
|  | Coordinatore/ice della classe  \* Il Consiglio di classe/team docenti contitolari della classe ha condiviso durante lo scrutinio del………………………………….Si allega foglio firme  |  |
|  | I genitori o chi esercita la responsabilità genitoriale, /tutore dell’alunno/a |  |
|  | Referente Neuropsichiatria Infantile/ Unità Medica di Valutazione del caso |  |
| 6. | Assistente all’autonomia/educatore/personale educativo (se presente) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome  | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | Firma |
| 1. | Esperto/i autorizzato/i dalla Dirigente scolastica su richiesta della famiglia |  |

Presiede l’incontro la prof.ssa/insegnante …………………………………………………..

Funge da segretario/a la prof.ssa/insegnante ………………………………………………

Aperta la seduta , si procede ad esaminare il processo d inclusione dell’alunno/a.

**1.Il G.L.O, tenuto conto del percorso previsto:**

* **Approva all’unanimità il percorso previsto;**
* **Non Approva all’unanimità il percorso previsto;**
* **Non ritiene necessaria alcuna revisione del PEI;**
* **Ritiene necessaria la revisione per i seguenti punti:……………………………………………....**

**………………………………………………………………………………………………………...**

**………………………………………………………………………………………………………...**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**2.Varie ed eventuali**

 **…………………………………………………………………………………………………………**

 **…………………………………………………………………………………………………………**

 **…………………………………………………………………………………………………………**

Non essendoci altro da trattare, la riunione viene chiusa alle ore ……………; letto, approvato e sottoscritto.

 **Segretario/a Presidente**

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

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

 Consiglio di classe ………… SCRUTINIO data……………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCENTE** **NOME/COGNOME** | **DISCIPLINA** | **FIRMA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |