****

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO**

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE “VIA DEI PAPARESCHI”**

Liceo Scientifico opz. Scienze Applicate - Liceo Scienze Umane opz. Economico Sociale -

Liceo Linguistico - Ist. Tecnico Amministrazione Finanza e Marketing - Art. Relazioni Internazionali

Sede Centrale: Via dei Papareschi, 30/A - 00146 Roma - Tel. 06/12.112.69.05 - 06/55.30.89.13

Sede Succursale: Via delle Vigne, 205 - 00148 Roma - Tel. 06/65.67.81.86 - 06/12.112.66.65

C.F. 80227330588 - Cod. Meccanografico: RMIS09100B Cod. Univoco UF3E4N

E-Mail: [rmis09100b@istruzione.it](rmis09100b%40istruzione.it) - PEC: [rmis09100b@pec.istruzione.it](rmis09100b%40pec.istruzione.it)

# **PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

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

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

STUDENTE/SSA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE SOSTITUTIVO PERSONALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLESSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI DELL'INCLUSIONE SCOLASTICA RILASCIATO IN DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA SCADENZA O RIVEDIBILITÀ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VERBALE ALLEGATO N. \_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO1........................................................................................................ |
| APPROVAZIONE DEL PEIE PRIMA SOTTOSCRIZIONE | DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VERBALE ALLEGATO N. \_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO1........................................................................................................ |
| VERIFICA INTERMEDIA | DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VERBALE ALLEGATO N. \_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO1........................................................................................................ |
| VERIFICA FINALE E PROPOSTE PER L’A.S.SUCCESSIVO | DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VERBALE ALLEGATO N. \_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO1........................................................................................................ |

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 | **FIRMA** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |
| 13. |  |  |
| 14. |  |  |
| 15. |  |  |
| 16. |  |  |

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, ecc.) |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |

### **1. Quadro informativo**

|  |
| --- |
| *Situazione familiare / descrizione dello Studente o della Studentessa**A cura dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale ovvero di altri componenti del GLO*(scrivere qui) |

|  |
| --- |
| *Elementi desunti dalla descrizione di sé dello Studente o della Studentessa, attraverso interviste o colloqui.*(scrivere qui) |

### **2. Elementi generali desunti dal Profilo di Funzionamento**

### **o, se non disponibile, dalla Diagnosi Funzionale e dal Profilo dinamico funzionale (ove compilato)**

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

|  |
| --- |
| *In base alle indicazioni del Profilo di Funzionamento (o, se non è stato ancora redatto, della Diagnosi Funzionale e del Profilo Dinamico Funzionale) 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  Va definita  Va omessaDimensione Comunicazione/Linguaggio Sezione 4B/5B  Va definita  Va omessaDimensione Autonomia/ Orientamento Sezione 4C/5C  Va definita  Va omessaDimensione Cognitiva, Neuropsicologica e dell'Apprendimento Sezione 4D/5D  Va definita  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)*(scrivere qui)*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)*(scrivere qui) |

### **4. Osservazioni sullo studente/essa 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:**(scrivere qui) |
| **b. Dimensione della comunicazione e del linguaggio**: (scrivere qui) |
| **c. Dimensione dell’autonomia e dell’orientamento**:(scrivere qui) |
| **d. Dimensione cognitiva, neuropsicologica e dell’apprendimento**:(scrivere qui) |

Revisione a seguito di verifica intermedia Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

###  **5. Interventi per la studentessa: obiettivi 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, specificando anche gli esiti attesi*  | (scrivere qui) |
| *INTERVENTI DIDATTICI E* *METODOLOGICI, STRATEGIE E* *STRUMENTI finalizzati al raggiungimento degli obiettivi*  | (scrivere qui)  |
| *VERIFICA (metodi, criteri e strumenti utilizzati per verificare se gli obiettivi sono stati raggiunti)*  | (scrivere qui) |

**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, specificando anche gli esiti attesi* | (scrivere qui) |
| *INTERVENTI DIDATTICI E METODOLOGICI, STRATEGIE E STRUMENTI finalizzati al raggiungimento degli obiettivi* | (scrivere qui) |
| *VERIFICA (metodi, criteri e strumenti utilizzati per verificare se gli obiettivi sono stati raggiunti)* | (scrivere qui) |

**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, specificando anche gli esiti attesi* | (scrivere qui) |
| *INTERVENTI DIDATTICI E METODOLOGICI, STRATEGIE E STRUMENTI finalizzati al raggiungimento degli obiettivi* | (scrivere qui) |
| *VERIFICA (metodi, criteri e strumenti utilizzati per verificare se gli obiettivi sono stati raggiunti)* | (scrivere qui) |

# **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, specificando anche gli esiti attesi* | (scrivere qui) |
| *INTERVENTI DIDATTICI E METODOLOGICI, STRATEGIE E STRUMENTI finalizzati al raggiungimento degli obiettivi* | (scrivere qui) |
| *VERIFICA (metodi, criteri e strumenti utilizzati per verificare se gli obiettivi sono stati raggiunti)* | (scrivere qui) |

**Revisione a seguito di verifica intermedia Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| *Specificare i punti eventualmente oggetto di revisione relativi alle Dimensioni interessate*  | (scrivere qui)  |

**Verifica conclusiva degli esiti Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| *con verifica dei risultati conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti*  | (scrivere qui)  |

### **6. Osservazioni sul contesto: barriere e facilitatori**

*Osservazioni nel contesto scolastico - fisico, organizzativo, relazionale - con indicazione delle barriere e dei facilitatori a seguito dell’osservazione sistematica dello studente/essa e della classe, anche tenuto conto delle indicazioni fornite dallo/a stesso/a studente/essa.*

|  |
| --- |
| (scrivere qui) |

**Revisione a seguito di verifica intermedia Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| *Specificare i punti oggetto di eventuale revisione*  | (scrivere qui) |

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

*Tenendo conto di quanto definito nelle Sezioni 5 e 6, descrivere gli interventi previsti sul contesto e sull’ambiente di apprendimento.*

|  |
| --- |
| (scrivere qui) |

**Revisione a seguito di verifica intermedia Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| *Specificare i punti eventualmente oggetto di revisione*  |   (scrivere qui) |

**Verifica conclusiva degli esiti Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| *con verifica dei risultati conseguiti e valutazione sull’efficacia di interventi, strategie e strumenti, insieme con lo/a studente/essa*  |  (scrivere qui)  |

### **8. Interventi sul percorso curricolare**

**8. 1 Modalità di sostegno didattico e ulteriori interventi di inclusione**

*(anche con riferimento ad interventi di orientamento scolastico)*

|  |
| --- |
| (scrivere qui) |

**8.2 Progettazione disciplinare**

|  |  |
| --- | --- |
| **Disciplina**(scrivi qui) |  **A** – Segue la progettazione didattica della classe e si applicano gli stessi criteri  di valutazione  **B** – Rispetto alla progettazione didattica della classe sono applicate le seguenti personalizzazioni in relazione agli obiettivi specifici di apprendimento  (conoscenze, abilità, competenze), alle strategie, alle metodologie didattiche, alle modalità di verifica e ai criteri di valutazione:*(scrivi qui)*      con verifiche **identiche equipollenti** **C** – Segue un percorso didattico differenziato **con verifiche non equipollenti**  *indicare la o le attività alternative svolte in caso di differenziazione della didattica*(scrivi qui) |

**8.3 PERCORSI PER LE COMPETENZE TRASVERSALI E L’ORIENTAMENTO**

*Legge 30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, cc. 784-787**(a partire dalla classe III)*

**Tipologia di percorso per le competenze trasversali e l’orientamento**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.** **PERCORSO AZIENDALE** | ESTREMI DELLA CONVENZIONE STIPULATANOME E TIPOLOGIA AZIENDATUTOR AZIENDALE (ESTERNO)TUTOR SCOLASTICO (INTERNO) *se diverso dal docente di sostegno* DURATA E ORGANIZZAZIONE TEMPORALE DEL PERCORSO |
| Modalità di raggiungimento della struttura ospitante o di rientro a scuola, mezzi di trasporto e figure coinvolte |
| **B.****PERCORSO SCOLASTICO** | FIGURE COINVOLTE e loro compiti DURATA E ORGANIZZAZIONE TEMPORALE PERCORSO |
| **C.** **ALTRA TIPOLOGIA DI PERCORSO**  |   |
|  *attività condivise con l’Ente locale ai fini del Progetto individuale*  *di cui al D. Lgs. 66/2017, art. 6* |

**Progettazione del percorso**

|  |  |
| --- | --- |
| OBIETTIVI DI COMPETENZA DEL PROGETTO FORMATIVO  |    |
| TIPOLOGIA DEL CONTESTO CON INDICAZIONE DELLE BARRIERE E DEI FACILITATORI *nello specifico contesto ove si realizza il percorso*  |     |
| TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ (*es: incontro con esperti, visite aziendali, impresa formativa simulata, project work in e con l'impresa, tirocini, progetti di imprenditorialità ecc.)*MODALITÀ/FASI di svolgimento delle attività previste  |     |
| MONITORAGGIO E VALUTAZIONE  |   |
| COINVOLGIMENTO DELLA RETE DI COLLABORAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI*per la prosecuzione del percorso di studi o per l’inserimento nel mondo del lavoro*  |     |
| Osservazioni dello Studente o della Studentessa  |   |

**Revisione a seguito di verifica intermedia Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Verifica finale Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| *VERIFICA FINALE, con particolare riferimento:* *1. al livello di riduzione dei vincoli di contesto e alla loro eventuale permanenza;**2. alla replicabilità dell’attività e alle**misure di miglioramento da assumere,**sulla base del riscontro dei tutor* |     |

**8.4 Criteri di valutazione del comportamento ed eventuali obiettivi specifici**

|  |  |
| --- | --- |
| **Comportamento:** | **⬚** A - Il comportamento è valutato in base agli stessi criteri adottati per la classe **⬚** B - Il comportamento è valutato in base ai seguenti criteri personalizzati e al raggiungimento dei seguenti obiettivi: |

**Revisione a seguito di verifica intermedia Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| *Specificare i punti eventualmente oggetto di revisione* *(progettazione disciplinare e/o comportamento)*  |    |

**Verifica conclusiva degli esiti Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| *Con verifica dei risultati didattici conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti riferiti anche all'ambiente di apprendimento.* **NB: la valutazione finale degli****apprendimenti è di competenza del Consiglio di classe** |     |
| Lo Studente/La studentessa segue un percorso didattico di tipo:**⬚ A - ordinario** **⬚ B - personalizzato (con prove equipollenti)** **⬚ C - differenziato** *[Si veda, al riguardo, la declaratoria contenuta nelle Linee guida]* |

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

**Tabella orario settimanale**

*(da adattare in base all'effettivo orario della classe)*

Per ogni ora specificare:
- se lo studente/essa è presente a scuola salvo assenze occasionali    **Pres.**   *(se è sempre presente non serve specificare)*- se è presente l'insegnante di sostegno **Sost.**

- se è presente l'assistente all'autonomia e/o alla comunicazione  **Ass.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lunedì** | **Martedì**  | **Mercoledì**  | **Giovedì**  | **Venerdì**  |
| Prima ora  |  |   |   |   |   |
| Seconda ora  |  |   |   |   |   |
| Terza ora  |  |   |   |   |   |
| Quarta ora  |  |   |   |   |   |
| Quinta ora  |  |   |   |   |   |
| Sesta ora  |  |   |   |   |   |
| Settima ora |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Lo/a studente/ssa frequenta con orario ridotto?* | **⬚** Sì: è presente a scuola per \_\_\_\_\_ ore settimanali rispetto alle \_\_\_\_\_\_ ore della classe nel periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(indicare il periodo dell’anno scolastico)*, su richiesta della famiglia e degli specialisti sanitari, in accordo con la scuola, per le seguenti motivazioni:**⬚** No, frequenta regolarmente tutte le ore previste per la classe |
| *Lo/a  studente/ssa è sempre in classe con i compagni?* | **⬚** Sì**⬚** No in base all'orario svolge nel periodo \_\_\_\_\_\_\_\_ *(indicare il periodo dell’anno scolastico)*, \_\_\_\_\_\_ ore in altri spazi per le seguenti attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con un gruppo di compagni ovvero individualmente per le seguenti oggettive, comprovate e particolari circostanze educative e didattiche |
| *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: |
| *Risorse professionali destinate all’assistenza per l’autonomia e/o per la comunicazione* | Tipologia di assistenza / figura professionale : Numero di ore settimanali condivise con l’Ente competente \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Altre risorse professionali presenti nella scuola/classe* | **⬚** docenti del consiglio di classe o della scuola in possesso del titolo di specializzazione per le attività di sostegno**⬚** docenti dell’organico dell’autonomia coinvolti/e in progetti di inclusione o in specifiche attività rivolte allo studente/essa e/o alla classe**⬚** altro |
| *Uscite didattiche, visite guidate e viaggi di istruzione* | Interventi previsti per consentire alla studentessa di partecipare alle uscite didattiche, visite guidate e viaggi di istruzione organizzati per la classe:  |
| *Strategie per la prevenzione e l’eventuale gestione di comportamenti problematici* |  |
| *Attività o progetti per l’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(altre informazioni utili)  |
| Attività extrascolastiche di tipo informale  |   | supporto  | Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI  | NOTE (altre informazioni utili)   |

**Revisione a seguito di verifica intermedia Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

# **10. CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE**

# *relative all’assolvimento dell’obbligo d’istruzione nella scuola secondaria superiore –*

# *Solo per le Classi seconde (D.M. n. 139/2007 e D.M. 9/2010)*

|  |
| --- |
| **COMPETENZE DI BASE E RELATIVI LIVELLI RAGGIUNTI** |
| ***NOTE ESPLICATIVE*** *che rapportino il significato degli enunciati relativi alle Competenze di base e ai livelli raggiunti da ciascuno/a studente/essa, agli obiettivi specifici del Piano Educativo Individualizzato, anche in funzione orientativa per il proseguimento degli studi di ordine superiore ovvero per l'inserimento nel mondo del lavoro* |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Verifica finale del PEI*Valutazione globale dei risultati raggiunti (con riferimento agli elementi di verifica delle varie Sezioni del PEI), tenuto conto del principio di autodeterminazione dello/a studente/essa*  |      |

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

|  |  |
| --- | --- |
| *Suggerimenti, proposte, strategie che hanno particolarmente funzionato e che potrebbero essere riproposte; criticità emerse su cui intervenire, etc…* |  |

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

**Assistenza**

|  |  |
| --- | --- |
| **Assistenza di base(per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi)****⬚** *igienica***⬚** *spostamenti* **⬚** *mensa* **⬚** *altro (specificare)*Dati relativi all’assistenza di base*(collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria)* | **Assistenza specialistica all’autonomia e/o alla comunicazione(per azioni riconducibili ad interventi educativi):**Comunicazione:**⬚** *assistenza a bambini/e con disabilità visiva***⬚** *assistenza a bambini/e con disabilità uditiva***⬚** *assistenza a studenti/esse con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo*Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:**⬚** *cura di sé***⬚** *mensa* **⬚** *altro (specificare)*Dati relativi agli interventi educativi all’autonomia e alla comunicazione *(educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria)* |
| **Esigenze di tipo sanitario****comprendono le eventuali somministrazioni di farmaci o altri interventi a supporto di funzioni vitali da assicurare, secondo i bisogni, durante l’orario scolastico.****Somministrazioni di farmaci****⬚** non comportano il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell’adulto somministratore, ma solo adeguata formazione delle figure professionali coinvolte.**Pertanto, possono essere coinvolte figure interne all’istituzione scolastica.****⬚** comportano cognizioni specialistiche e discrezionalità tecnica da parte dell’adulto somministratore, tali da richiedere il coinvolgimento di figure professionali esterne.**Altre esigenze** ed interventi non riferibili esclusivamente alla specifica disabilità sono definiti nelle modalità ritenute più idonee, conservando la relativa documentazione nel fascicolo personale dello studente o della studentessa. |
| 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* | Partendo dall'organizzazione delle attività di sostegno didattico e dalle osservazioni sistematiche svolte, tenuto conto □ del Verbale di accertamento □ del Profilo di Funzionamento, e del suo eventuale □ aggiornamento, secondo quanto disposto all’art. 18 del Decreto Interministeriale n. 182/2020, oltre che dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno, si propone - nell’ambito di quanto previsto dal D.Lgs 66/2017 e dal citato DI 182/2020 - il seguente fabbisogno di ore di sostegno.Ore di sostegno richieste per l'a. s. successivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la seguente motivazione: |
| *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\***\* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)* | Partendo dalle osservazioni descritte nelle Sezioni 4 e 6 e dagli interventi descritti nelle Sezioni n. 5 e 7, tenuto conto □ del Verbale di accertamento □ del Profilo di Funzionamento, e del suo eventuale □ aggiornamento, e dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno:- si indica il fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente:- si indica, come segue, il 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 5bis del D.Lgs 66/2017 e s.m.i. - per l'a. s. successivo:tipologia di assistenza / figura professionaleper N. ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(1)*. |
| *Eventuali esigenze correlate al trasporto dello/a studente/essa da e verso la scuola* |  |

*(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 e relativo fabbisogno, 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. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |
| 13. |  |  |
| 14. |  |  |
| 15. |  |  |
| 16. |  |  |

# **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\**\* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)* | Partendo dal Verbale di accertamento e dal Profilo di Funzionamento, si individuano le principali dimensioni interessate [Sezione 4] e le condizioni di contesto [Sezione 6], con la previsione degli interventi educativo-didattici da attuare ed il relativo fabbisogno di risorse professionali per il sostegno e l’assistenza |
| *Entità delle difficoltà nello svolgimento delle attività comprese in ciascun dominio/dimensione tenendo conto dei fattori ambientali implicati* | Assente**⬚** | Lieve **⬚** | Media **⬚** | Elevata **⬚** | Molto elevata **⬚** |
| Ore di sostegno richieste per l'a. s. successivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la seguente motivazione:  |

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

**Assistenza**

|  |  |
| --- | --- |
| **Assistenza di base(per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi)****⬚** *igienica***⬚** *spostamenti* **⬚** *mensa* **⬚** *altro (specificare)*Dati relativi all’assistenza di base*(collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria)* | **Assistenza specialistica all’autonomia e/o alla comunicazione(per azioni riconducibili ad interventi educativi):**Comunicazione:**⬚** *assistenza a bambini/e con disabilità visiva***⬚** *assistenza a bambini/e con disabilità uditiva***⬚** *assistenza a studenti/esse con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo*Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:**⬚** *cura di sé***⬚** *mensa* **⬚** *altro (specificare)*Dati relativi agli interventi educativi all’autonomia e alla comunicazione *(educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria)* |

|  |
| --- |
| **Esigenze di tipo sanitario****comprendono le eventuali somministrazioni di farmaci o altri interventi a supporto di funzioni vitali da assicurare, secondo i bisogni, durante l’orario scolastico.****Somministrazioni di farmaci****⬚** non comportano il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell’adulto somministratore, ma solo adeguata formazione delle figure professionali coinvolte.**Pertanto, possono essere coinvolte figure interne all’istituzione scolastica.****⬚** comportano cognizioni specialistiche e discrezionalità tecnica da parte dell’adulto somministratore, tali da richiedere il coinvolgimento di figure professionali esterne.**Altre esigenze** ed interventi non riferibili esclusivamente alla specifica disabilità sono definiti nelle modalità ritenute più idonee, conservando la relativa documentazione nel fascicolo personale dello studente o della studentessa. |
| Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc. | *Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo* |

|  |  |
| --- | --- |
| *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\***\* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)* | Tenuto conto del Verbale di accertamento e 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:- fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente:- 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 5bis del D.Lgs 66/2017 e s.m.i. - per l'a. s. successivo:tipologia di assistenza / figura professionaleper N. ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(1)*. |
| *Eventuali esigenze correlate al trasporto dello/a studente/essa da e verso la scuola*  |   |

*(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. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |
| 13. |  |  |
| 14. |  |  |
| 15. |  |  |
| 16. |  |  |