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

##### REGIONE SICILIANA - DISTRETTO SCOLASTICO N. 62

#### ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “F. VIVONA”

# **91013 Calatafimi Segesta (TP)**

#  C/da Santa Maria s. n. - Tel. 0924/951311 - Fax 0924/954620

# C.F. 80004430817 - Codice Meccanografico TPIC81300B

*sito web:* *www.istitutocomprensivovivona.edu**.it – E- mail:* *tpic81300b@istruzione.it* – *Pec:* *tpic81300b@pec.istruzione.it*

Anno scolastico 2019/2020

**VERBALE DEL G.L.H.O. OPERATIVO**

(L. 104/92 art.15 comma 2)

Alunno ………………………………………………. classe …………………….

Il giorno………………del mese di…………………………dell’anno……………………… alle ore…………. nei locali………………………………si riunisce il G.L.H.O per discutere i seguenti punti all’O.d.G.:

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Presiede l’incontro…………………………svolge la funzione di segretario…………………

Aperta la seduta, si procede ad esaminare la situazione di partenza ed il percorso di integrazione dell’alunno/a per poter redigere il PE.I

**ELEMENTI ACQUISITI PER L’ELABORAZIONE/VARIAZIONE DEL P.E.I**

Diagnosi: **--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

La Programmazione educativa sarà:

A)coincidente con quella della classe ………………………………………………………...

B)differenziata per:

|  |  |
| --- | --- |
|  | obiettivi |
|  | contenuti |
|  | strategie |
|  | metodologie |
|  | spazi |
|  | altro…………………………………………… |

B1)La programmazione sarà caratterizzata da:

|  |  |
| --- | --- |
|  | semplificazioni |
|  | riduzioni |
|  | sostituzioni |

Altre informazioni:

Attività settimanali programmate di frequenza:

- con sostegno ore n. ………….

- senza sostegno ore n. ……….

- con assistente specialistico ore n. ………..

- altro (specificare) …………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

specificare luogo ……………………………………………………………………………..

**1. DESCRIZIONE DEL QUADRO ATTUALE:**

1. *attività e partecipazione in ambiente scolastico*

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

1. *attività e partecipazione in ambiente terapeutico-riabilitativo*

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Sono in corso o recentemente conclusi interventi terapeutici o valutazioni diagnostiche:

no

si

sì no

1. *attività e partecipazione in ambiente domestico o extra-scolastico*

*--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

**2. ELEMENTI SALIENTI EVIDENZIATI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTI DI FORZA** | **PUNTI DI CRITICITÀ** |
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |
| 4. | 4. |
| 5. | 5. |

**3.Descrizione sintetica degli interventi dei presenti all’incontro:**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Vengono richiesti eventuali atti documentati: sì no

Quali**?------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Il gruppo di lavoro si accorda al fine di richiedere:

* il sostegno per n° ore…………….........per l’anno scolastico………………………………
* l’assistente alla comunicazione (disabilità sensoriale) per no  ore………………………….

 per l’anno scolastico…………………

* l’assistente alla autonomia comunicazione (disabilità psicofisica) per no  ore……………….

 per l’anno scolastico………………….

* l’assistente igienico personale per le ore necessarie alla cura e alla pulizia dell’alunno

per l’anno scolastico…………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMPONENTE****G.L.H.O** | **COGNOME E NOME** | **FIRMA** |
| Dirigente Scolasticoo un suo delegato | ................................................................... | ………………………………………. |
| Insegnante di sostegno | ………………………………………….. | ………………………………………. |
| Insegnanti curricolari | …………………………………..............………………………………………….………………………………………….………………………………………….…………………………………………. | ………………………………….........……………………………………….……………………………………….……………………………………….………………………………………. |
| Operatori A.S.L | …………………………………….…………………………………….……………………………………. | ……………………………………….……………………………………………………………………………… |
| Terapisti | ………………………………………….…………………………………………. | ……………………………………….………………………………………. |
| Operatori A.E.C | …………………………………………. | ………………………………………. |
| Genitori dell’alunno | ………………………………………......………………………………………….. | ……………………………………….………………………………………. |

La riunione termina alle ore…………………………

IL DOCENTE VERBALIZZANTE

-------------------------------------------