nnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnn

**VERBALE N. \_\_\_\_**

**DEL CONSIGLIO DELLA CLASSE \_\_\_\_**

**RIUNIONE N. 3**

**GRUPPO DI LAVORO OPERATIVO PER L’INCLUSIONE**

**ALLIEVO CON DISABILITÀ**

N.B. Ultimata la stesura del verbale, cancellare le sezioni in rosso.

Il giorno \_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ in un’aula dell’I.I.S. “Aldo Moro” di Rivarolo Canavese si riunisce il Gruppo di Lavoro operativo per l’inclusione dell’allievo/a (selezionare opzione) con disabilità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome e nome) della classe \_\_\_\_\_\_\_.

Risultano presenti i seguenti docenti: ………………………………………..

Risultano assenti i seguenti docenti: ………………………………………..

(Cancellare la voce che non interessa)

Partecipa in videoconferenza il/la Referente ASL del caso, Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome e nome).

Non partecipa il/la Referente ASL del caso, Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome e nome), per difficoltà organizzative dell’ASL TO4.

Indicare il nominativo e il ruolo di eventuali altre componenti territoriali partecipanti (es. assistente sociale).

Presiede la riunione ……………………………

Funge da segretario verbalizzante …………………………………

Ordine del giorno:

1. Verifica finale Piano educativo individualizzato allievo/a (selezionare opzione) con disabilità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome e nome) a.s. 2024/2025
2. Proposta quantificazione ore sostegno – assistenza specialistica/all’autonomia e alla comunicazione a.s. 2025/2026 (punto da cancellare nel verbale della riunione di GLO per allievo con disabilità della classe quinta).

Constatata la validità della seduta, il presidente dichiara aperta la riunione. Si procede, quindi, alla trattazione dei punti all’ordine del giorno.

1. È effettuata la verifica finale del Piano educativo individualizzato a.s. 20\_\_/20\_\_ inerente all’allievo/a (selezionare opzione) con disabilità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome e nome), che usufruisce di (cancellare le opzioni di P.E.I. non adottate, tra quelle indicate di seguito)

* P.E.I. con percorso ordinario, ai sensi del D.I. 182/2020, art. 10, comma 2, lettera *a* e comma 3, lettera *a* (progettazione didattica e valutazione secondo gli obiettivi ministeriali), come modificati dal D.I. 153/2023, art. 6.
* P.E.I. con percorso personalizzato (con prove equipollenti), ai sensi del D.I. 182/2020, art. 10, comma 2, lettera *b* e comma 3, lettera *b* (progettazione didattica e valutazione per obiettivi riconducibili a quelli ministeriali), come modificati dal D.I. 153/2023, art. 6.
* P.E.I. con percorso differenziato e verifiche non equipollenti (progettazione didattica e valutazione differenziate, secondo obiettivi non riconducibili a quelli ministeriali), ai sensi del D.I. 182/2020, art. 10, comma 2, lettera *c* e comma 3, lettera *c*, come modificati dal D.I. 153/2023, art. 6.

Al riguardo emergono i seguenti interventi.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Gli esiti della verifica finale sono inseriti nel P.E.I.

Alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_, la riunione si apre alla partecipazione delle componenti genitori dell’allievo/a (selezionare opzione) con disabilità e allievo/a (selezionare opzione) con disabilità medesimo/a (selezionare opzione).

(Compilare ove necessario; cancellare le voci che non interessano, in base alla partecipazione o meno delle componenti genitori e allievo con disabilità).

* Partecipa/Partecipano (selezionare opzione) il/la Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ i Sigg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, madre/padre/genitori (selezionare opzione) dell’allievo/a (selezionare opzione) con disabilità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (inserire cognomi e nomi); partecipa/non partecipa (selezionare opzione) lo/la studente/studentessa (selezionare opzione) con disabilità interessato/a (selezionare opzione).

Viene condiviso il P.E.I. Al riguardo emergono i seguenti interventi. ………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….…………………………………………………………………….

* Tali componenti non partecipano, non presentandosi alla riunione. I presenti continuano la condivisione del P.E.I. Al riguardo saranno attivati gli opportuni contatti con la famiglia dello/a studente/studentessa (selezionare opzione).

1. Sulla base del debito di funzionamento il GLO propone la seguente quantificazione delle ore dell’insegnante di sostegno alla classe di riferimento e/o assistente (Allegato 1 – Debito di funzionamento compilato), la cui sintesi è:

* ore settimanali di docente di sostegno: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* ore settimanali di assistenza specialistica/alla comunicazione e all’autonomia: n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Approvazione della suddetta proposta**

Favorevoli: n. \_\_\_\_\_\_\_\_ Contrari: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Astenuti: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il P.E.I. è sottoscritto dai presenti.

Il presente verbale è letto e approvato all’unanimità.

La seduta è sciolta alle ore \_\_\_\_.

Il Presidente Il Segretario

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