

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  **“Paride Del Pozzo”**  🖂 Via S. Spirito, 6 - PIMONTE (NA) - C.A.P.: 80050 - 🕿*Tel*: 0818792130 - 📄 *Fax*: 0818749957  🖃 [NAIC86400X@istruzione.it](mailto:NAIC86400X@istruzione.it) - [http://www.icsdelpozzo.edu.it](http://www.icsdelpozzo.edu.it/) PEC: [NAIC86400X@pec.istruzione.it](mailto:NAIC86400X@pec.istruzione.it)  **C.MEC. NAIC86400X C.F. 82008870634** | logo |

**Piano Educativo Individualizzato**

(art. 7, D. Lgs. 13 aprile 2017, n. 66 e s.m.i.)

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

**VERIFICA INTERMEDIA**

Secondaria di Primo Grado

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Verbale allegato n. 1 | Firma del dirigente Scolastico1  ……………………… . |
| Approvazione del PEI e prima sottoscrizione | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Verbale allegato n. 1 | 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

# 

**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…) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

**⇾ Revisione** Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**⇾ Revisione** Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

# 6. Osservazioni sul contesto: barriere e facilitatori

**⇾ Revisione** Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**⇾ Revisione** Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

# 8. Interventi sul percorso curricolare

**⇾ Revisione** Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**⇾ Revisione** Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

La verifica intermedia è stata approvata dal GLO in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | FIRMA |
|  | Dirigente Scolastico |  |
|  | F.S. Area 4 |  |
|  | Docente disciplinare |  |
|  | Docente disciplinare |  |
|  | Docente per le attività di sostegno |  |
|  | Docente per le attività di sostegno |  |
|  | Docente IRC |  |
|  | NPI (ASL NA 3 SUD) |  |
|  | Psicologa |  |
|  | Assistente Sociale |  |
|  | Terapista (nome centro) |  |
|  | Genitore dell’alunno |  |
|  | Genitore dell’alunno |  |