****

*Ministero dell’istruzione*

ISTITUTO COMPRENSIVO "MONS. A. PIROVANO"

Via Crispi, 22 – 22046 Merone (CO)

COD.MECC. COIC840002 – C.F. 91016310137

Tel. 031/650037 - Fax 031/651052

e-mail uffici:coic840002@istruzione.it - PEC: [coic840002@pec.istruzione.it](mailto:coic840002@pec.istruzione.it) - sito: [www.icmerone.edu.it](http://www.icmerone.edu.it)

**VERIFICA FINALE P.E.I.**

**(percorso educativo-didattico II QUADRIMESTRE)**

Alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Scuola *Primaria/ Secondaria di I grado*

Plesso: *Lambrugo/Merone/Monguzzo*

Classe \_\_\_\_\_sez. \_\_\_\_

**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) |  |

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

|  |
| --- |
|  |

# 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 (nominativi collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria) | Assistenza specialistica all’autonomia e/o alla comunicazione (**per azioni riconducibili ad interventi educativi**):  Comunicazione:  *assistenza ad alunni/e privi/e della vista* ◻  *assistenza ad alunni/e privi/e dell’udito* ◻  *assistenza ad alunni/e 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 (nominativi educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria) |
| *Per le esigenze di tipo sanitario si rimanda alla relativa documentazione presente nel Fascicolo dell’alunno/a.* | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 Profilo di Funzionamento e □ del suo eventuale aggiornamento**, oltre che dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno, si propone - nell’ambito di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 29.12.2020 n. 182 - 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/o 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 Profilo di Funzionamento 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/o alla comunicazione - nell’ambito di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 182/2020 e dall’Accordo di cui all’art. 3, comma 5*bis* del D.Lgs 66/2017 - per l'a. s. successivo:  tipologia di assistenza / figura professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  per N. ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1). |
| Eventuali esigenze correlate al trasporto dell’alunno/a da e verso la scuola |  |
| Indicazioni per il PEI dell'anno successivo | Suggerimenti, proposte, strategie che hanno particolarmente funzionato e che potrebbero essere riproposte; criticità emerse da correggere, ecc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(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, per l'anno scolastico successivo, è stata approvata dal GLO in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Come risulta da verbale n. \_\_\_ allegato

|  |  |
| --- | --- |
| **SCUOLA** |  |
| Dirigente Scolastico  Dott.ssa Orsola Moro | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Docenti**  *docente*  *docente*  *docente*  *docente*  *docente* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **FAMIGLIA** |  |
| *madre* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *padre* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |