



*Ministero dell'Istruzione e del Merito*  
**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)**

Bambino/a \_\_\_\_\_

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

Scuola dell'infanzia

Plesso: Monguzzo

Classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_

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

<p><b>Verifica finale del PEI</b></p> <p>Valutazione globale dei risultati raggiunti (con riferimento agli elementi di verifica delle varie Sezioni del PEI)</p>	
--	--

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

<p>Suggerimenti, proposte, strategie che hanno particolarmente funzionato e che potrebbero essere riproposti; criticità emerse su cui intervenire, etc...</p>	
---	--

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

**Assistenza**

<p><b>Assistenza di base (per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi)</b></p> <p><i>igienica</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>spostamenti</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>mensa</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>altro</i> <input type="checkbox"/> (specificare.....)</p> <p>Dati relativi all'assistenza di base (collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria)</p>	<p><b>Assistenza specialistica all'autonomia e/o alla comunicazione (per azioni riconducibili ad interventi educativi):</b></p> <p><u>Comunicazione:</u></p> <p><i>assistenza a bambini/e con disabilità visiva</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>assistenza a bambini/e con disabilità uditiva</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>assistenza a bambini/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo</i> <input type="checkbox"/></p> <p><u>Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:</u></p> <p><i>cura di sé</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>mensa</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>altro</i> <input type="checkbox"/> (specificare.....)</p> <p>Dati relativi agli interventi educativi all'autonomia e alla comunicazione (nominativi educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria)</p>
<p><b>Esigenze di tipo sanitario:</b> comprendono le eventuali somministrazioni di farmaci o altri interventi a supporto di funzioni vitali da assicurare, secondo i bisogni, durante l'orario scolastico.</p> <p>Somministrazioni di farmaci:</p> <p>[ ] 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.</p> <p>[ ] comportano cognizioni specialistiche e discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, tali da richiedere il coinvolgimento di figure professionali esterne.</p> <p>Altre esigenze ed interventi non riferibili esclusivamente alla specifica disabilità sono definiti nelle modalità ritenute più idonee, conservando la relativa documentazione nel fascicolo personale del bambino o della bambina.</p>	
<p>Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.)</p>	<p>Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo</p>

<p>Proposta del numero di ore di sostegno per l'anno successivo*</p>	<p>Partendo dall'organizzazione delle attività di sostegno didattico e dalle osservazioni sistematiche svolte, tenuto conto <input type="checkbox"/> del Verbale di accertamento <input type="checkbox"/> del Profilo di Funzionamento e del suo eventuale <input type="checkbox"/> 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.</p> <p>Ore di sostegno richieste per l'a. s. successivo _____</p> <p>con la seguente motivazione: .....</p>
<p>Proposta delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base</p>	<p>Partendo dalle osservazioni descritte nelle Sezioni 4 e 6 e dagli interventi descritti nelle Sezioni n. 5 e 7, tenuto conto <input type="checkbox"/> del Verbale di accertamento <input type="checkbox"/> del Profilo di Funzionamento e del suo eventuale <input type="checkbox"/> aggiornamento, e dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno:</p>

<p>e delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno successivo*</p> <p>* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)</p>	<p>- si indica il fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente.....</p> <p>- 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<b>bis</b> del D.Lgs 66/2017 - per l'a. s. successivo:</p> <p>tipologia di assistenza / figura professionale _____</p> <p>per N. ore _____ (1).</p>
<p>Eventuali esigenze correlate al trasporto del bambino o della bambina da e verso la scuola</p>	

- (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

Nome e Cognome	*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO	FIRMA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		