



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

"Teodoro Gaza"

San Giovanni a Piro (Sa) - Via Cenobio, 4B 84070

Distretto 062

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di I Grado

San Giovanni a Piro – Caselle in Pittari

Tel. 0974/983127 – Fax 0974/983127

C.M. SAIC815005 – C.F. 84001740657 - Codice Univoco Ufficio: UFDQ9V

Mail: saic815005@istruzione.it – Pec: saic815005@pec.istruzione.it – Sito web: www.icteodorogaza.gov.it

*Ai docenti della scuola dell'infanzia,
della scuola primaria e della scuola secondaria di I grado;
All'équipe socio-psico-pedagogica del distretto Sapri-Camerota;
Alle assistenti del Piano di zona;
Al sito web;
Agli atti/amministrazione trasparente.*

Oggetto: Convocazione GLO sede centrale via Cenobio, 4/B San Giovanni a Piro.

Si comunica che i Gruppi di Lavoro Operativi, presieduti dal Dirigente Scolastico o suo delegato, sono convocati per martedì 27 maggio 2025, alle ore 09:00, presso la sede centrale dell'I.C. T. Gaza. Durante l'incontro saranno trattati i seguenti punti all'ordine del giorno:

1. Verifica finale P.E.I. – a. s. 2024/2025;
2. Formalizzazione delle proposte di sostegno didattico e delle altre risorse per l'a. s. successivo;
3. Conferma del docente di sostegno su richiesta della famiglia e previa valutazione del dirigente scolastico, sentito il Gruppo di Lavoro Operativo per l'Inclusione (GLO) come previsto dal Decreto Ministeriale n. 32 del 26 febbraio 2025, in attuazione dell'art. 8 del DL n. 71/2024;
4. Varie ed eventuali.

Regolamento seduta:

- possono partecipare alla riunione solo i soggetti facenti parte del GLO ed appositamente convocati;
- i partecipanti sono tenuti al segreto d'ufficio per quanto previsto dalla normativa vigente e al rispetto delle norme in materia di privacy ex regolamento Europeo 2016/679; non è permesso registrare.

Il verbale del GLO (che si allega alla presente convocazione) dovrà essere compilato dal docente di sostegno che illustrerà e coordinerà il GLO.

I docenti di sostegno sono pregati di informare le rispettive famiglie per consentire la loro partecipazione all'incontro.

Il docente referente all'inclusione



**Il Dirigente Scolastico
Prof. Corrado Limongi**

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 c. 2, D .L.vo 39/1993)

GRUPPO DI LAVORO OPERATIVO PER L'INCLUSIONE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ

VERBALE N. _____ INCONTRO DI VERIFICA FINALE DEL PEI

Il giorno ___ dell'anno ___ alle ore _ presso__ previa convocazione si riunisce il Gruppo di Lavoro Operativo per l'alunno/a ___ frequentante la classe ___ con il seguente ordine del giorno:

- ✓ verifica del Piano Educativo Individualizzato;
- ✓ Formalizzazione delle proposte di sostegno didattico e delle altre risorse per l'a. s. successivo;
- ✓ Conferma del docente su richiesta della famiglia e previa valutazione del dirigente scolastico, sentito il Gruppo di Lavoro Operativo per l'Inclusione (GLO);
- ✓ Varie ed eventuali.

SONO PRESENTI (INDICARE I NOMINATIVI)

- Prof _ Dirigente Scolastico o docente formalmente delegato
- Prof.. _ Docenti della classe
- Sig.\Sig.ra _ Genitori o esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a
- Dott. _ dell'ASL TO ____
- Sig.\dott. _ (Operatore sociosanitario; assistenti per l'autonomia e la comunicazione per la disabilità sensoriale, ...)
- Sig.\dott. (Figure professionali specifiche esterne all'Istituzione scolastica che interagiscono con la classe e con l'alunno/a, eventuali esperti indicati dalla famiglia; la presenza viene precedentemente segnalata e concordata, ...)
- Studente o studentessa (principio di autodeterminazione)
- Collaboratore scolastico (ove necessario)

Presiede la riunione ____

Funge da segretario ____

I RISULTATI OTTENUTI NELLA REALIZZAZIONE DEL PEI DELL'ANNO IN CORSO SONO STATI

- Non raggiunti e relative motivazioni ____
- Parzialmente raggiunti e relative motivazioni ____
- Pienamente raggiunti e relative motivazioni ____
- Eventuali specificazioni e relative motivazioni ____

Pertanto il GLO propone che l'alunno/a possa usufruire, per il prossimo anno scolastico, compatibilmente con la disponibilità delle risorse, di:

sussidi e ausili (specificare) ____

operatore Socio-Sanitario/addetto all'assistenza n. ore ____

addetto alla comunicazione n. ore ____

ore di sostegno c

altro (indicare n. ore) ____

La riunione si conclude alle ore ____

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO