

**MINISTERO DELL’ ISTRUZIONE E DEL MERITO**

**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

**UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE DI ROMA**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “Ettore Majorana”**

**VIA FILIPPO TURATI, 11 - 00075 LANUVIO (RM) - Cod. Mec.RMIC8BG00XTel. 06-9303153**

VERBALE G.L.H. OPERATIVO INTERMEDIO DEL \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_\_

COGNOME E NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FREQUENTANTE LA CLASSE/SEZIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL PLESSO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La seduta è aperta alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in modalità videoconferenza/presenza/altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e viene letto il verbale del GLO precedente.

| **Verifica della situazione rilevata dal G.L.O.** (*presentazione delle osservazioni raccolte nella prima parte dell’anno e condivisione di una sintesi):* |
| --- |
| (esempio) alla fine del I quadrimestre l’alunn ha evidenziato….progressi…. |

| **Criticita’ emerse** |
| --- |
|  |

| **Proposte di risoluzione/suggerimenti dal G.L.O.** |
| --- |
|  |

| **Gli obiettivi previsti nel P.E.I., definiti dal consiglio di classe/team docente/intersezione e concordati nel G.L.O. iniziale, sono:** | |
| --- | --- |
| * Non raggiunti | Motivazioni: |
| * Parzialmente raggiunti | Motivazioni: |
| * Pienamente raggiunti | Motivazioni: |

| **In merito agli elementi principali del Piano Educativo Individualizzato:** | |
| --- | --- |
| * si conferma la progettazione didattica | * si modifica la progettazione didattica: |
|  | 1. Segue la progettazione didattica della classe/sezione con gli stessi criteri di valutazione; 2. Personalizzazione degli obiettivi di apprendimento, delle modalità di verifica e dei criteri di valutazione per (specificare le discipline\*): |

| **Si ritiene di procedere apportando variazioni alla metodologia e modalità organizzative iniziale:** | |
| --- | --- |
| * NO | * SI, attraverso interventi educativi e didattici secondo le seguenti metodologie e modalità organizzative: |
|  | * Attività curricolare in piccolo gruppo |
| * Intervento individualizzato |
| * Laboratori |
| * Progetti educativi specifici |
| * Altro: |

MODIFICHE ORE SOSTEGNO/OEPAC/LIS/TIFLODIDATTA:

* NO
* SI,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sono presenti all’incontro:**

|  | **FIRMA** | **IN PRESENZA** | **ON-LINE** |
| --- | --- | --- | --- |
| DIRIGENTE SCOLASTICO |  |  |  |
| F.S. INCLUSIONE |  |  |  |
| GENITORI |  |  |  |
| DOCENTE SPECIALIZZATO |  |  |  |
| DOCENTE CURRICOLARE/DI: |  |  |  |
| DOCENTE CURRICOLARE/DI: |  |  |  |
| DOCENTE CURRICOLARE/DI: |  |  |  |
| NEUROPSICHIATRA INFANTILE |  |  |  |
| ASSISTENTE SOCIALE |  |  |  |
| A.E.S. |  |  |  |
| L.I.S. - TIFLODIDATTA |  |  |  |
| COOPERATIVA |  |  |  |
| LOGOPEDISTA- TPNEE – TERAPISTA |  |  |  |
| ALTRO |  |  |  |

| Comunicazioni alla famiglia:   * Si richiede nuova certificazione: CIS – L.104/92 – DIAGNOSI FUNZIONALE ovvero PROFILO DI FUNZIONAMENTO (solo per gli alunni/e in uscita dalla scuola dell’infanzia – scuola primaria – scuola secondaria di primo grado) * Altro: |
| --- |

IL VERBALE E’ LETTO ED APPROVATO

LA SEDUTA SI CHIUDE ALLE ORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DOCENTE DI SOSTEGNO

(FIRMA)