 Ministero dell’Istruzione

ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE

LICEO SCIENTIFICO OPZIONE SCIENZE APPLICATE

*“G. CARDANO”*  PAVIA

Indirizzo: Via Verdi n°19 - tel. 0382.302801-2-3 sito web: [***www.cardano.pv.it***](http://www.cardano.pv.it/)e-mail: [***direzione@itiscardanopv.edu.it***](mailto:direzione@itiscardanopv.edu.it)

pec:[***pvtf01000b@pec.istruzione.it***](mailto:pvtf01000b@pec.istruzione.it)C.F. 80003980184 Cod. Min. PVTF01000B

**P.E.I. DI VERIFICA**

**a.s.**

# Nome e cognome alunno

# Classe frequentata

# 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), tenuto conto del principio di autodeterminazione dello/a studente/essa  **Specificare se alunno ha seguito un piano a livello od un piano differenziato** |  |

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

|  |
| --- |
|  |

# 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 a studenti/esse privi della vista* ◻  *assistenza a studenti/esse privi dell’udito* ◻  *assistenza a studenti/esse 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 del/dello studente/essa. | | |
| 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 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 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 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 e s.m.i. - per l'a. s. successivo:  tipologia di assistenza / figura professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  per N. ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1). |
| Eventuali esigenze correlate al trasporto dello/a studente/essa 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 e relativo fabbisogno, per l'anno scolastico successivo, è stata approvata dal GLO ristretto al cdc in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | FIRMA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |