****

**Verifica Finale**

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

STUDENTE/ESSA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice sostitutivo personale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plesso o sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **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 | * *inserimento nella classe* * *difficoltà riscontrate* * *iterazione col docente di sostegno e gli altri docenti* * *progressi fatti e obiettivi raggiunti* * *attività svolte* * *strategie e metodo di studio adottati* * *materiali utilizzati* * *livello di autonomia raggiunto* * *modalità di verifica di valutazione* * *criteri di valutazione* * *?* |

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

|  |
| --- |
|  |

**Partecipazione a progetti, attività extracurricolari o PCTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Progetti |  |
| Attività extracurricolari |  |
| PCTO | *(solo classi terze, quarte e quinte) - indicare attività e ore svolte* |

# **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

**in data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**come risulta da verbale n.** \_\_\_ **allegato**

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