****

**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 basee delle risorse professionali da destinareall'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** |