

**Verifica Conclusiva**

**Anno Scolastico 20…../20…..**

STUDENTE:

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 | *Con riferimento alle sezioni n. 5-7-8 del PEI* |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Suggerimenti, proposte, strategie che hanno particolarmente funzionato e che potrebbero essere riproposte; criticità emerse su cui intervenire, etc… |  |

# **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 con disabilità visiva* *assistenza a studenti/esse con disabilità uditiva* *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) |

* **Esigenze di tipo sanitario:** comprendono le eventuali somministrazioni di farmaci o altri interventi a supporto di funzioni vitali da assicurare, secondo i bisogni, durante l’orario scolastico.
* **Somministrazione di farmaci:**
*  non comportano il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell’adulto somministratore, ma solo adeguata formazione delle figure professionali coinvolte. Pertanto, possono essere coinvolte figure interne all’istituzione scolastica.
*  comportano cognizioni specialistiche e discrezionalità tecnica da parte dell’adulto somministratore, tale da richiedere il coinvolgimento di figure professionali esterne.
* Altre esigenze ed interventi non riferibili esclusivamente alla specifica disabilità sono definiti nelle modalità ritenute più idonee, conservando la relativa documentazione nel fascicolo personale dello studente o della studentessa.

|  |  |
| --- | --- |
| 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 Verbale di accertamento**
*  **del Profilo di Funzionamento**
*  **e del suo eventuale aggiornamento**

secondo quanto disposto all’art. 18 del Decreto Interministeriale n. 182/2020, oltre che dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno, si propone - nell’ambito di quanto previsto dal D. Lgs 66/2017 e dal citato DI 182/2020 - il seguente 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 Verbale di accertamento**
*  **del Profilo di Funzionamento**
*  **e del suo eventuale aggiornamento**

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 |  |

(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** |
| prof. ………… | Dirigente Scolastico |  |
| prof. ………… | Docente di Italiano/Storia |  |
| prof. ………… | Docente di Matematica |  |
| ……………. | ………………. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Sansepolcro** | **Data** |  |