

**Istituto Comprensivo Statale XX Settembre di Rimini**

Via Arnaldo da Brescia n. 4 47923 Rimini telefono e fax 0541-383012

Email rnic81600b@istruzione.it Pec rnic81600b@pec.istruzione.it

codice fiscale 91142600401 codice ministeriale rnic81600b

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

(ART. 7, D. LGS. 13 APRILE 2017, N. 66 e s.m.i. e DI 153/2023)

**Anno Scolastico**

VERIFICA INTERMEDIA

ALUNNO/A (solo iniziali cognome e nome)

Classe/sezione Plesso

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PEI Provvisorio | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Verbale allegato n. \_\_\_\_\_ | Firma del dirigente Scolastico1……………………… .  |
| Approvazione del PEIe prima sottoscrizione | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Verbale allegato n. 1 | Firma del dirigente Scolastico1……………………… .  |
| Verifica intermedia | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Verbale allegato n. \_\_\_\_\_ | Firma del dirigente Scolastico1……………………… .  |
| Verifica finale e proposte per l’A.S. successivo | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Verbale allegato n. \_\_\_\_\_ | Firma del dirigente Scolastico1……………………… .  |

**FIRMA del GLO (**Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e cognome** | *Ruolo con il quale interviene al GLO* | **Firma** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Modifiche o integrazioni alla composizione del GLO (**Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione), successive alla prima convocazione

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Nome e cognome** | **Ruolo con il quale interviene al****GLO** | **Variazione** *(nuovo membro, sostituzione, decadenza, ….)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Osservazioni sull’alunno/a per progettare gli interventi di sostegno didattico**

**Revisione a seguito di verifica intermedia** Data:

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione |  |

1. **Interventi per l’alunno/a: obiettivi educativi e didattici, strumenti, strategie e modalità**

**Revisione a seguito di verifica intermedia** Data:

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle diverse Dimensioni interessate. |  |

1. **Osservazioni sul contesto: facilitatori e barriere**

**Revisione a seguito di verifica intermedia** Data:

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione |  |

1. **Interventi sul contesto per realizzare un ambiente di apprendimento inclusivo**

**Revisione a seguito di verifica intermedia** Data:

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione |  |

1. **Interventi sul percorso curricolare**

**Revisione a seguito di verifica intermedia** Data:

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione |  |

1. **Organizzazione generale del progetto di inclusione e utilizzo delle risorse**

**Revisione a seguito di verifica intermedia** Data:

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle risorse professionali dedicate |  |

La verifica intermedia è stata condivisa dal GLO in data

Come risulta da verbale n. allegato