

***MINISTERO DELL’ ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITA’ DELLA RICERCA***

***UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO***

**ISTITUTO COMPRENSIVO**

 ***“San Cesareo”***

Viale dei Cedri 00030 San Cesareo - Roma

Telefax. 069587005/069587025 - Distretto 36°

🖂 rmic8ae00n@istruzione.it- rmic8ae00n@pec.istruzione.it sito:www.icsancesareo.edu.it

Cod. Mecc. RMIC8AE00N/Cod. fisc. 93008680584

Anno scolastico 20 …. /20 ….

VERBALE DEL G.L.H.O. OPERATIVO

(L. 104/92 art.15 comma 2)

Alunno ………………………………………………. Classe ……… Incontro N° ……… del …………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMPONENTE****G.L.H. Operativo** | Cognome Nome | FIRMA |
| Delegato del Dirigente Scolastico | ……………………………. | ……………………………. |
| Insegnanti Curriculari | …………………………….…………………………….…………………………….……………………………. | …………………………….…………………………….…………………………….……………………………. |
| Insegnante specializzato | ……………………………. | ……………………………. |
| Operatori A.S.L. | …………………………….…………………………….……………………………. | …………………………….…………………………….……………………………. |
| terapisti | …………………………….……………………………. | …………………………….……………………………. |
| Operatori A.E.C. | ……………………………. | ……………………………. |
| Genitori dell’alunno | …………………………….……………………………. | …………………………….……………………………. |

**Elementi acquisiti per l’elaborazione/variazione del Piano educativo individualizzato**

Diagnosi: ………………………………………………………………………………………….....

La Programmazione educativa sarà:

1. coincidente con quella della classe ………………………………………………………………
2. differenziata per:

1) obiettivi …………………….. 2) contenuti …………………….. 3) strategie …………………..

4) metodologie …………………….. 2) spazi …………………….. 3) altro ………………………

B1) La differenziata sarà caratterizzata da:

* 1. semplificazioni ………………. 2) riduzioni …………………… 3) sostituzioni ……………….

Altre informazioni:

Attività settimanali programmate di frequenza:

* + - con sostegno ore n. ………….
		- senza sostegno ore n. ……….
		- con assistente specialistico ore n. ………..

- altro (specificare) …………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………… specificare luogo …………………………………………………………………………………

# Descrizione del quadro attuale:

* 1. ***attività e partecipazione in ambiente scolastico***
	2. ***attività e partecipazione in ambiente terapeutico-riabilitativo***

Sono in corso o recentemente conclusi interventi terapeutici o valutazioni diagnostiche: **si no**

* 1. ***attività e partecipazione in ambiente domestico o extra-scolastico***

# Elementi salienti evidenziati:

***Punti di forza Aree di criticità***

|  |  |
| --- | --- |
| ***1.*** | ***1.*** |
| ***2.*** | ***2.*** |
| ***3.*** | ***3.*** |
| ***4.*** | ***4.*** |
| ***5.*** | ***5.*** |

# Sintesi degli interventi dei presenti all’incontro:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vengono richiesti eventuali atti documentali : | SI |  | NO |  | Quali? |   |
|  \_ |

Il gruppo di lavoro si accorda al fine di richiedere il sostegno per n° ore

La riunione termina alle ore

# Il Presidente Il Segretario