

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOGO-SCUOLA-NUOVO[1] | Ministero dell’ Istruzione, dell’Università e della RicercaIstituto Comprensivo Erodoto Via S.G. Evangelista - Corigliano Calabro (CS)  Tel. 0983 88 50 65-fax: 0983884249  Email: [csic8ah00b@istruzione.it](mailto:csic8ah00b@istruzione.it) **;** [**csic8ah00b@pec.istruzione.**](mailto:csic8ah00b@pec.istruzione.it)  **w**eb: [www.icerodoto.eu](http://www.icerodoto.eu) https://www.facebook.com/scuolerodoto/ | index |



Anno scolastico 20 …. /20 ….

VERBALE DEL G.L.H.O. OPERATIVO

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

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

Residente a ………………… via ………………… - Tel. ……………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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