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

**ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE**

**DISTRETTO N. 16** - Macerata Campania (CE) Via Roma,11

***C.F. 94017830616- Mail:ceic88300b@istruzione.it – ceic88300b@pec.istruzione.it***

***sito*** [***www.icmaceratacampania.edu.it***](http://www.icmaceratacampania.edu.it) ***Tel 0823/692435 Fax 0823/695550***

**VERBALE GLO**

Il giorno ……………………….alle ore……….., presso la sede del PLESSO……………………………..,

si riunisce il **G.L.O.,** in presenza per l’alunno/a classe …….. sez. ……..

**I punti all’ordine del giorno sono i seguenti:**

1. Condivisione della diagnosi funzionale e PDF (dove presente)
2. Presentazione delle osservazioni raccolte nei diversi contesti
3. Condivisione e approvazione del percorso previsto in sottoscrizione PEI
4. Varie ed eventuali

**Composizione del GLO - Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione**

Art. 15, commi 10 e 11 della L. 104/1992 (come modif. dal D. Lgs 96/2019)

| Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | Firme |
| --- | --- | --- |
|  | Dirigente Scolastico o suo/a delegato/a |  |
|  | Referente alunni con disabilità |  |
|  | Coordinatore/ice della classe  \* Il Consiglio di classe/team docenti contitolari della classe ha condiviso durante lo scrutinio del  …………………………………. |  |
|  | I genitori o chi esercita la responsabilità genitoriale, /tutore dell’alunno/a |  |
|  | Referente Neuropsichiatria Infantile/ Unità Medica di Valutazione del caso |  |
| 6. | Assistente all’autonomia/educatore/personale educativo (se presente) |  |

| Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | Firma |
| --- | --- | --- |
| 1. | Esperto/i autorizzato/i dalla Dirigente scolastica su richiesta della famiglia |  |

Presiede l’incontro la prof.ssa/insegnante …………………………………………………..

Funge da segretario/a la prof.ssa/insegnante ………………………………………………

Aperta la seduta , si procede ad esaminare il processo d’inclusione dell’alunno/a.

1. **Condivisione della diagnosi funzionale e PDF**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

1. **Presentazione delle osservazioni raccolte nei diversi contesti**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Condivisione e approvazione del percorso previsto in sottoscrizione PEI**

**………………………………………………………………………………………………………...**

**………………………………………………………………………………………………………...**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**2.Varie ed eventuali**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Non essendoci altro da trattare, la riunione viene chiusa alle ore ……………; letto, approvato e sottoscritto.

**Segretario/a Presidente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_