



**ISTITUTO COMPRESIVO AD INDIRIZZO MUSICALE  
"Alessandro Manzoni"**

Via Montevergine 22, 83027 Mugnano Del Cardinale (AV)  
 SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA E SECONDARIA DI I° GRADO  
 ☎ 081 511 13 80  
 ✉ AVIC864005@istruzione.it | AVIC864005@pec.istruzione.it  
 🌐 www.istitutocomprensivomanzoni.edu.it  
 Codice meccanografico: AVIC864005 | Codice fiscale: 80006890646

**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

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

Anno Scolastico \_\_\_\_\_

ALUNNO/A \_\_\_\_\_ codice sostitutivo personale \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Plesso o sede \_\_\_\_\_

ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI DELL'INCLUSIONE SCOLASTICA rilasciato in data \_\_\_\_\_ **Data scadenza o rivedibilità:** \_\_\_\_\_ **Non indicata**

**PROFILO DI FUNZIONAMENTO redatto in data** \_\_\_\_\_

Nella fase transitoria:

PROFILO DI FUNZIONAMENTO NON DISPONIBILE

DIAGNOSI FUNZIONALE redatta in data \_\_\_\_\_

PROFILO DINAMICO FUNZIONALE approvato in data \_\_\_\_\_

PROGETTO INDIVIDUALE  redatto in data \_\_\_\_\_  da redigere

PEI PROVVISORIO	DATA _____  VERBALE ALLEGATO N. _____	FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup>  ..... ○ .
APPROVAZIONE DEL PEI E PRIMA SOTTOSCRIZIONE	DATA _____  VERBALE ALLEGATO N. _____	FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup>  ..... ○ .
VERIFICA INTERMEDIA	DATA _____  VERBALE ALLEGATO N. _____	FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup>  ..... ○ .
VERIFICA FINALE E PROPOSTE PER L'A.S. SUCCESSIVO	DATA _____  VERBALE ALLEGATO N. _____	FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup>  ..... ○ .

## 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	FIRMA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
...		

### Eventuali modifiche o integrazioni alla composizione del GLO, successive alla prima convocazione

Data	Nome e Cognome	*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO	Variazione (nuovo membro, sostituzione, decadenza...)

## 12. PEI Provvisorio per l'a. s. successivo

[da compilare a seguito del primo accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica]

Proposta del numero di ore di sostegno alla classe per l'anno successivo* * (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)	Partendo dal Verbale di accertamento e dal Profilo di Funzionamento, si individuano le principali dimensioni interessate [Sezione 4] e le condizioni di contesto [Sezione 6], con la previsione degli interventi educativo-didattici da attuare ed il relativo fabbisogno di risorse professionali per il sostegno e l'assistenza ..... .....					
	Entità delle difficoltà nello svolgimento delle attività comprese in ciascun dominio/dimensione tenendo conto dei fattori ambientali implicati	Assente <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Media <input type="checkbox"/>	Elevata <input type="checkbox"/>	Molto elevata <input type="checkbox"/>
	Ore di sostegno richieste per l'a. s. successivo _____ con la seguente motivazione:..... .....					

## Interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza

### Assistenza

Assistenza di base ( <b>per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi</b> ) igienica <input type="checkbox"/> spostamenti <input type="checkbox"/> mensa <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> (specificare.....) Dati relativi all'assistenza di base (collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria)	Assistenza specialistica all'autonomia e/o alla comunicazione ( <b>per azioni riconducibili ad interventi educativi</b> ): <u>Comunicazione:</u> assistenza a bambini/e con disabilità visiva <input type="checkbox"/> assistenza a bambini/e con disabilità uditiva <input type="checkbox"/> assistenza ad alunni/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo <input type="checkbox"/>  <u>Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:</u> cura di sé <input type="checkbox"/> mensa <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> (specificare.....) Dati relativi agli interventi educativi all'autonomia e alla comunicazione (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. Somministrazioni 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, tali 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 dell'alunno o dell'alunna.

Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.

Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo .....

Proposta delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base e delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e alla comunicazione, per l'anno successivo\*

\* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)

Tenuto conto del Verbale di accertamento e del Profilo di Funzionamento si individuano le principali dimensioni interessate [Sezione 4] e le condizioni di contesto [Sezione 6], con la previsione del fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base e delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e alla comunicazione, per l'anno successivo:

a) Fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente \_\_\_\_\_

b) 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 5bis 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 dell'alunno/a 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

Il PEI provvisorio 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 e relativo fabbisogno da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno scolastico successivo, è stato approvato dal GLO in data \_\_\_\_\_

Come risulta da verbale n. \_\_\_\_ allegato

Nome e Cognome	*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO	FIRMA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

7.		
----	--	--