

Allegato 2

ESTRATTO di VERBALE PEI. Richiesta interventi integrativi

ISTITUZIONE SCOLASTICA.....

Minore

COGNOME.....NOME.....

NATO A.....IL.....CLASSE.....

RESIDENTE A.....VIA.....

Diagnosi ICD-10 _ _ _ _ _

PEI del _____

Dirigente Scolastico _____

Docente Specializzato _____

Docenti Curricolari _____

Operatori UO NP/IA _____

Genitori alunno _____

Operatori Ente Locale _____

Altri operatori _____

Ai fini della attuazione del PEI, come da verbale, il GLHO individua le seguenti risorse:

- ASSISTENTE IGIENICO-PERSONALE IN AMBITO SCOLASTICO.....[si] [no]
- ASSISTENTE ALL'AUTONOMIA E/O COMUNICAZIONE.....[si] [no]

se si sono ritenute necessarie numero di ore

◉ SERVIZIO TRASPORTO.....[si] [no]

◉ NUMERO DI ORE DI SOSTEGNO (docente di sostegno) ritenute necessarie.....

Area di orientamento suggerita per i minori frequentanti la terza classe della scuola secondaria di I grado:

[] UMANISTICA

[] SCIENTIFICA

[] PSICOMOTORIA

[] TECNICA

Data _____

Dirigente Scolastico _____