



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
"Laureana Gal. Fer. Melicucco"
Piazza Kennedy, 1 - 89023 Laureana di Borrello (RC)
Tel. 0966 378209 - C. F. 82000940807 - Cod. Univoco UF3A7N
mail: rcic84800t@istruzione.it pec:rcic84800t@pec.istruzione.it
www.iclaureana.edu.it

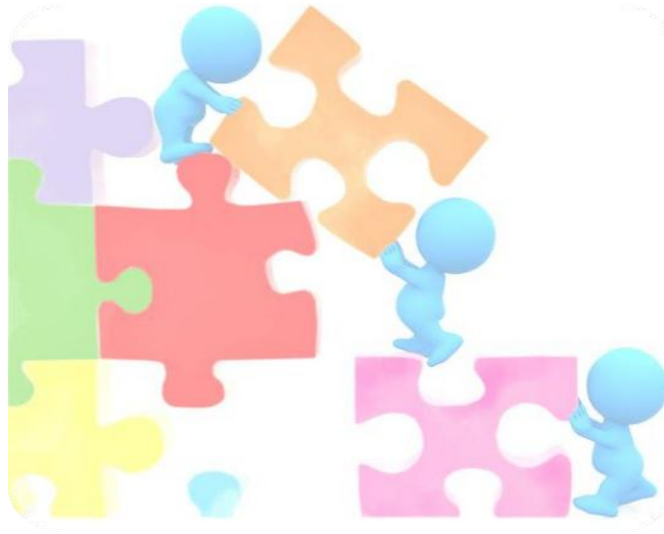


MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Piano Educativo Individualizzato Provvisorio

Decreto Interministeriale n. 182/2020 art.16



- ❖ *per gli alunni già iscritti con nuova certificazione*
- ❖ *per alunni al primo ingresso a scuola*

Scuola:

Plesso:

Classe:

Anno scolastico 2025 – 2026

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

Nella fase transitoria:

PROFILO DI FUNZIONAMENTO (non disponibile)

DIAGNOSI FUNZIONALE redatta in data _____

PROGETTO INDIVIDUALE redatto in data _____ da redigere

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

o suo delegato

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. Daniela Antonia Panzera	Dirigente Scolastico	
2. Angela Silvano	Responsabile Area Inclusione/BES	
3.	Docente coordinatore	
4.	Docente	
5.	Docente	
6.	Docente	
7.	Docente	
8.	Docente	
9.	Docente	
10. Dott.ssa De Masi M. Concetta	Psicologa - UMD Polistena	
11. Dott.ssa Policriti Franca	Assistente Sociale - UMD Polistena	
12. Dott.ssa Raso Giulia	Assistente Sociale - UMD Polistena	
13. Dott.ssa Sterrantino Pasqualina	Assistente Sociale - UMD Polistena	
14.	Neuropsichiatra infantile - UMD	
15.	Madre*	
16.	Padre*	
17.	Sostituto del	
18.		

*Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali, per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter, 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

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...)

Le sezioni, estrapolate dal PEI nazionale, utili al fine di effettuare una previsione sulle necessità dell'alunno/a sono le seguenti:

1. Quadro informativo

Situazione familiare / descrizione dell'alunno/a

A cura dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale ovvero di altri componenti del GLO...

2. Elementi generali desunti dal Profilo di Funzionamento

o, se non disponibile, dalla Diagnosi Funzionale e dal Profilo dinamico funzionale (ove compilato)

Sintetica descrizione, considerando in particolare le dimensioni sulle quali va previsto l'intervento e che andranno quindi analizzate nel presente PEI

In base alle indicazioni del Profilo di Funzionamento (o, se non è stato ancora redatto, della Diagnosi Funzionale e del Profilo Dinamico Funzionale) sono individuate le dimensioni rispetto alle quali è necessario definire nel PEI specifici interventi. Le sezioni del PEI non coinvolte vengono omesse.

Dimensione Socializzazione/Interazione/Relazione	Sezione 4A/5A	<input type="checkbox"/> Va definita	<input type="checkbox"/> Va omessa
Dimensione Comunicazione/Linguaggio	Sezione 4B/5B	<input type="checkbox"/> Va definita	<input type="checkbox"/> Va omessa
Dimensione Autonomia/Orientamento	Sezione 4C/5C	<input type="checkbox"/> Va definita	<input type="checkbox"/> Va omessa
Dimensione Cognitiva, Neuropsicologica e dell'Apprendimento	Sezione 4D/5D	<input type="checkbox"/> Va definita	<input type="checkbox"/> Va omessa

4. Osservazioni sull'alunno/a per progettare gli interventi di sostegno didattico

Punti di forza sui quali costruire gli interventi educativi e didattici

a. Dimensione della relazione, dell'interazione e della socializzazione:

b. Dimensione della comunicazione e del linguaggio:

c. Dimensione dell'autonomia e dell'orientamento:

d. Dimensione cognitiva, neuropsicologica e dell'apprendimento:

6. Osservazioni sul contesto: barriere e facilitatori

Osservazioni nel contesto scolastico - fisico, organizzativo, relazionale - con indicazione delle barriere e dei facilitatori a seguito dell'osservazione sistematica dell'alunno/a e della classe.

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

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

<p>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:</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> comportano cognizioni specialistiche e discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, tali da richiedere il coinvolgimento di figure professionali esterne.</p> <p>Altre esigenze ed interventi non riferibili esclusivamente alla specifica disabilità sono definiti nelle modalità ritenute più idonee, conservando la relativa documentazione nel fascicolo personale del bambino o della bambina.</p>	
Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.)	Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo
Proposta del numero di ore di sostegno per l'anno successivo*	<p>Partendo dall'organizzazione delle attività di sostegno didattico e dalle osservazioni sistematiche svolte, tenuto conto <input type="checkbox"/> del Verbale di accertamento <input type="checkbox"/> del Profilo di Funzionamento e del suo eventuale <input type="checkbox"/> aggiornamento, secondo quanto disposto all'art. 18 del Decreto Interministeriale n. 182/2020, oltre che dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno, si propone - nell'ambito di quanto previsto dal D.Lgs 66/2017 e dal citato DI 182/2020 - il seguente fabbisogno di ore di sostegno.</p> <p>Ore di sostegno richieste per l'a. s. successivo _____</p> <p>con la seguente motivazione:</p>
<p>Proposta delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base</p> <p>e delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno successivo*</p> <p>* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)</p>	<p>Partendo dalle osservazioni descritte nelle Sezioni 4 e 6 e dagli interventi descritti nelle Sezioni n. 5 e 7, tenuto conto <input type="checkbox"/> del Verbale di accertamento <input type="checkbox"/> del Profilo di Funzionamento e del suo eventuale <input type="checkbox"/> aggiornamento, e dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno:</p> <p>- si indica il fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente.....</p> <p>- si indica, come segue, il fabbisogno di risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o 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 - per l'a. s. successivo: tipologia di assistenza / figura professionale _____ per N. ore _____ (1).</p>
Eventuali esigenze correlate al trasporto del bambino o della bambina 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. Daniela Antonia Panzera	Dirigente Scolastico	
2. Angela Silvano	Responsabile Area Inclusione/BES	
3.	Docente sostegno	
4.	Docente coordinatore	
5.	Docente	
6.	Docente	
7.	Docente	
8.	Docente	
9.	Docente	
10. Dott.ssa De Masi M. Concetta	Psicologa - UMD Polistena	
11. Dott.ssa Policriti Franca	Assistente Sociale - UMD Polistena	
12. Dott.ssa Raso Giulia	Assistente Sociale - UMD Polistena	
13. Dott.ssa Sterrantino Pasqualina	Assistente Sociale - UMD Polistena	
14.	Neuropsichiatra infantile - UMD	
15.	Madre*	
16.	Padre*	
17.	Sostituto del	
18.		

*Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali, per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter, 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.