**SCUOLA SECONDARIA I GRADO**

ISTITUTO COMPRENSIVO “D. ALIGHIERI” RIPALIMOSANI

Via Marconi, 19 - 86025 Ripalimosani (CB)

Tel. 0874 39148 Fax 0874 39149 C.F. 80001220708 – C.M. CBIC830003

E-mail: cbic830003@istruzione.it– PEC: cbic830003@pec.istruzione.it

[**www.icripalimosani.it**](http://www.icripalimosani.it/)

**Piano Educativo Individualizzato**

(VERIFICA INTERMEDIA)

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

ALUNNO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice sostitutivo personale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso o sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Verifica intermedia | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Verbale allegato n. \_\_\_\_\_ | Firma del dirigente Scolastico1 ……………………… .  |

1. o suo delegato

 **Modifiche o integrazioni alla composizione del GLO** (Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione), **successive alla prima convocazione**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Cognome e nome** | **Ruolo con il quale interviene al GLO** | **Variazione (nuovo membro, sostituzione, decadenza...)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Revisione a seguito di verifica intermedia Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione |  |

**5. Interventi per l’alunno/a: obiettivi educativi e didattici, strumenti, strategie e modalità**

Revisione a seguito di verifica intermedia Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle diverse dimensioni interessate |  |

**6. Osservazioni sul contesto: facilitatori e barriere**

Revisione a seguito di verifica intermedia Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione  |  |

**7. Interventi sul contesto per realizzare un ambiente di apprendimento inclusivo**

Revisione a seguito di verifica intermedia Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione  |  |

**8. Interventi sul percorso curricolare**

Revisione a seguito di verifica intermedia Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione  |  |

**9. Organizzazione generale del progetto di inclusione e utilizzo delle risorse**

Revisione a seguito di verifica intermedia Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle risorse professionali dedicate |  |

La verifica intermedia è stata condivisa dal GLO in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Firma del GLO – presenti in modalità online**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome** | *Ruolo con il quale interviene al GLO* | **Firma** |
|  |  | Approva il PEI condiviso durante il GLO, svoltosi in modalità telematica come da verbale prodotto. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |