



Ministero dell'Istruzione dell' Università e della Ricerca  
**ISTITUTO COMPRENSIVO CAVA "CARDUCCI- TREZZA"**  
 Via Carlo Santoro,18- 84013 Cava de' Tirreni (SA)  
 Tel. e Fax:089461345 - Tel.0892966817  
 Cod.mecc. SAIC8A300D – p. iva 95146610654  
 E-MAIL: saic8a300d@istruzione.it – PEC: saic8a300d@pec.istruzione.it  
 www.ic-carduccitrezza.edu.it



## PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO PROVVISORIO

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

**Anno Scolastico 2021/22**

BAMBINO/A \_\_\_\_\_

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

Sezione \_\_\_\_\_ 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 IN VIGORE approvato in data \_\_\_\_\_

PROGETTO INDIVIDUALE  redatto in data \_\_\_\_\_  non redatto

PEI PROVVISORIO	DATA _____  VERBALE ALLEGATO N. 1	FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup>  ..... ○ .
APPROVAZIONE DEL PEI E PRIMA SOTTOSCRIZIONE	DATA _____  VERBALE ALLEGATO N. 1	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 _____	FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup>
	VERBALE ALLEGATO N. _____	.....  .....

## 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.		
...		

### 1. Quadro informativo

Situazione familiare / descrizione del bambino o della bambina A cura dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale ovvero di altri componenti del GLO..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
---



## 5. 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 Profilo di Funzionamento, si individuano le principali dimensioni interessate [Sezione 4] e le condizioni di contesto [Sezione 6], con la previsione degli interventi educativi da attuare ed il relativo fabbisogno di risorse professionali per il sostegno e l'assistenza ..... .....
	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 (per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi)  <i>igienica</i> <input type="checkbox"/> <i>spostamenti</i> <input type="checkbox"/> <i>mensa</i> <input type="checkbox"/> <i>altro</i> <input type="checkbox"/> (specificare.....)  Dati relativi all'assistenza di base (collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria)	Assistenza specialistica all'autonomia e/o alla comunicazione (per azioni riconducibili ad interventi educativi):  <u>Comunicazione:</u> <i>assistenza a bambini/e con disabilità visiva</i> <input type="checkbox"/> <i>assistenza a bambini/e con disabilità uditiva</i> <input type="checkbox"/> <i>assistenza a bambini/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo</i> <input type="checkbox"/>  <u>Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:</u> <i>cura di sé</i> <input type="checkbox"/> <i>mensa</i> <input type="checkbox"/> <i>altro</i> <input type="checkbox"/> (specificare .....)  Dati relativi agli interventi educativi all'autonomia e alla comunicazione (educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria).....
---	---

Per le esigenze di tipo sanitario si rimanda alla relativa documentazione presente nel Fascicolo del/della bambino/a

Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.)	Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo .....
---	--

<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 alla comunicazione, per l'anno successivo</p> <p>• (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017 )</p>	<p>Tenuto conto 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:</p> <p>a) Fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente _____</p> <p>_____</p> <p>b) Fabbisogno di risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e alla comunicazione per l'a. s. successivo:</p> <p>tipologia di assistenza / figura professionale _____</p> <p>per N. ore _____</p>
<p>Eventuali esigenze correlate al trasporto del bambino o della bambina da e verso la scuola</p>	

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

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
*Prof.ssa Filomena Adinolfi*