

****

**DIREZIONE DIDATTICA STATALE III CIRCOLO**

Via Canduglia, 1 - 81031 **Aversa** (Ce) - Tel. 081/8141844 – Fax 081/8149928

Cod.F. 81003120615 – Cod. Mecc. CEEE01200B

E-mail: ceee01200b@istruzione.it[www.3circolodidatticoaversa.gov.it](http://www.3circolodidatticoaversa.gov.it)

**VERBALE GLO (PRIMA RIUNIONE)**

**MODALITÀ TELEMATICA**

Il giorno …..……….. alle ore …………, nella sede …………………………..., su convocazione del Dirigente Scolastico, si riunisce il G.L.. Operativo sulla piattaforma GoToMeetingper l’alunno/a …………………………………… frequentante la classe ……. sez. …….. plesso ………………………….., per discutere i seguenti punti all’O.d.G:

1.*Verifica finale del Piano Educativo Individualizzato e accompagnamento formativo al passaggio al nuovo ordine di scuola e/o alla classe successiva*

2. *Varie ed eventuali*

Preliminarmente si fa presente che:

1)l’invito alla piattaforma utilizzata è stato regolarmente inviato a tutti i soggetti partecipanti del GLO, e con la comunicazione ai genitori dell’orario da parte del docente coordinatore e del docente di sostegno;

2)tutti i partecipanti accettano lo strumento telematico adoperato per la riunione in considerazione dell’urgenza e l’indifferibilità, per il funzionamento dell’Istituto,(cfr Nota MIUR n. 278 del 6 marzo 2020, Nota Miur 279 del 8/03/2020 e Nota MI 388 del 17 marzo e visto l’Art. 87 del D.L. n°18 del 17 marzo 2020 convertito in Legge n° 27 del 24 aprile 2020 e Nota n°682 del 15 maggio 2020).

Risultano presenti, da una verifica dei partecipanti alla video conferenza da apposita barra dei presenti in ambiente telematico

-per la componente scuola:

( Nome e Cognome) ………………………..........................................Coordinatore.

 (Nome e Cognome) …………………………………………………..docente di sostegno

(Nome e Cognome) . …………………………………………………..docente di classe

(Nome e Cognome) …………………………………………………. docente di classe

(Nome e Cognome) . …………………………………………………..docente di classe

(Nome e Cognome) …………………………………………………..docente di classe

-per la componente ASL:

dott. …………………………………………………….neuropsichiatra

dott. …………………………………………………….Ass. soc.

-per la componente genitoriale:

il sig. ………………………………………………….padre

la sig.ra ……………………………………………….madre

-per la componente ee.ll

dott.. …………………………………………………… Ass. Soc. del Comune pro-tempore

il sig. ……………………………………………………(assistente,specialista,altro)

Risultano Assenti………………………………………………………………………

Presiede la riunione:

 il D.S. o suo delegato 

Funge da segretario verbalizzante l’insegnante ………………………………che accerta la presenza dei componenti il GLHO in ambiente digitale, sulla piattaforma summenzionata.

 Il Presidente constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta e invita alla discussione sui singoli punti all’O.d.G.

**VERBALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E DELLE CONCLUSIONI RELATIVE AI PUNTI ALL’O.D.G.:**

(inserire dettagliata sintesi degli interventi di ciascun membro del G.L.O., per ogni punto dell’O.d.G.)

1. *Verifica finale del Piano Educativo Individualizzato e accompagnamento formativo al passaggio al nuovo ordine di scuola e/o alla classe successiva*

 (Nel P.E.I. verranno verificati gli obiettivi che l’alunno/a ha raggiunto, con l’utilizzo delle strategie e metodologie indicate. Si verifica la programmazione proposta e si individuano gli elementi di valutazione. Va comunque indicato se la programmazione didattico-educativa ha coinciso con quella della classe, oppure è stata semplificata per: obiettivi, contenuti, strategie, metodologie, spazi, altro. Riportare il numero delle ore settimanali del sostegno)

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 2. Proposte ore di sostegno per l’anno scolastico 2021 – 2022

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Proposta quantificazione ore di assistenza Specialistica Scolastica

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Proposte per l’anno successivo

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Varie ed eventuali

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Esaurita la trattazione dei punti posti all’ordine del giorno, viene redatto e approvato da tutti i partecipanti il

presente verbale che verrà sottoscritto dal Presidente del GLO, dal docente coordinatore in rappresentanza dei

docenti del Cdc, dall’insegnante di sostegno e dai genitori e controfirmato dal Dirigente Scolastico.

I firmatari del presente documento, attestano la veridicità di quanto detto durante la riunione.

I genitori inoltre si impegnano ad apporre la propria firma su tutti i documenti approvati durante la riunione presso gli uffici di segreteria, previa convocazione.mIl suddetto verbale può essere visionato o chiederne copia solo su richiesta scritta alla scuola.

La seduta si conclude alle ore \_\_\_\_\_

 Il Presidente Il Segretario

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI APPROVAZIONE DEL VERBALE DI RIUNIONE IN MODALITÀ TELEMATICA**

“ Il presente verbale viene redatto, condiviso (a mezzo schermo, e approvato negli aspetti formali e sostanziali da tutti i componenti del GLO) “.

Firma

per la componente scuola:

( Nome e Cognome) ………………………..........................................Coordinatore.

(Nome e Cognome) …………………………………………………..docente di sostegno

(Nome e Cognome) . …………………………………………………..docente di classe

(Nome e Cognome) …………………………………………………. docente di classe

(Nome e Cognome) . …………………………………………………..docente di classe

(Nome e Cognome) …………………………………………………..docente di classe

per la componente ASL:

dott. …………………………………………………….neuropsichiatra

dott. …………………………………………………….Ass. soc.

per la componente genitoriale:

il sig. ………………………………………………….padre

la sig.ra ……………………………………………….madre

per la componente EE.LL

dott.. …………………………………………………… Ass. Soc. del Comune pro-tempore

il sig. ……………………………………………………(assistente,specialista,altro)