



**I.C. C. SALUTATI**



**A. CAVALCANTI**



**P.zza A. Moro, 1 51011 Buggiano (PT) Centralino: (+39) 0572 32018**

**Email: [ptic81900g@istruzione.it](mailto:ptic81900g@istruzione.it) PEC: [ptic81900g@pec.istruzione.it](mailto:ptic81900g@pec.istruzione.it)**

**Codice fiscale: 81003470473 Codice meccanografico: PTIC81900G**

**Codice Indice delle Pubbliche Amministrazioni (IPA): ISTSC\_81900G**

## SCUOLA DELL'INFANZIA

# PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

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

**Anno Scolastico 20\_\_\_/ \_\_\_**

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 approvato in data \_\_\_\_\_

**PROGETTO INDIVIDUALE:** [ \_\_\_ ] redatto in data \_\_\_\_\_ [ \_\_\_ ] da redigere

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

(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)

N,	Nome e Cognome	Ruolo	Firma
1		Docente p.c.	
2		Docente p.c.	
3		Docente di sostegno	
4		Docente di sostegno	
5		Genitore/affidatario/ tutore	
6		Genitore/affidatario	
7		Rappresentante TEAM A.S.L.	
8		Figura prof. specifica	
9			
10			
11			
12			
13			

**Eventuali modifiche o integrazioni alla composizione del GLO, successive alla prima convocazione**

Data	Nome e Cognome	Ruolo	Variatione



## 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*

## 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 lasciate in bianco.*

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

### 3. Raccordo con il Progetto Individuale di cui all'art. 14 della Legge 328/2000 *(se presente)*

<p><b>a. Sintesi dei contenuti del Progetto Individuale e sue modalità di coordinamento e interazione con il presente PEI, tenendo conto delle considerazioni della famiglia</b> <i>(se il Progetto individuale è stato già redatto)</i></p>
<p><b>b. Indicazioni da considerare nella redazione del Progetto individuale di cui all'articolo 14 Legge n. 328/00</b> <i>(se il Progetto individuale è stato richiesto e deve ancora essere redatto)</i></p>

### 4. Osservazioni sul/sulla bambino/a per progettare gli interventi di sostegno didattico

Punti di forza sui quali costruire gli interventi educativo-didattici

<p><b>a. Dimensione della relazione, dell'interazione e della socializzazione:</b></p>
<p><b>b. Dimensione della comunicazione e del linguaggio:</b></p>
<p><b>c. Dimensione dell'autonomia e dell'orientamento:</b></p>
<p><b>d. Dimensione cognitiva, neuropsicologica e dell'apprendimento:</b></p>

Revisione a seguito di Verifica intermedia

Data: \_\_\_\_\_

<p>Specificare i punti oggetto di eventuale revisione</p>	
---	--



## 5. Interventi per il/la bambino/a: obiettivi educativo-didattici, strumenti, strategie e modalità

**A. Dimensione: RELAZIONE / INTERAZIONE / SOCIALIZZAZIONE** → si faccia riferimento alla sfera affettivo relazionale, considerando l'area del sé, il rapporto con gli altri, la motivazione verso la relazione consapevole, anche con il gruppo dei pari, le interazioni con gli adulti di riferimento nel contesto scolastico, la motivazione all'apprendimento

### OBIETTIVI

Obiettivi ed esiti attesi

### INTERVENTI EDUCATIVO-DIDATTICI e METODOLOGICI

Attività	Strategie e Strumenti

**B. Dimensione: COMUNICAZIONE / LINGUAGGIO** → si faccia riferimento alla competenza linguistica, intesa come comprensione del linguaggio orale, produzione verbale e relativo uso comunicativo del linguaggio verbale o di linguaggi alternativi o integrativi; si consideri anche la dimensione comunicazionale, intesa come modalità di interazione, presenza e tipologia di contenuti prevalenti, utilizzo di mezzi privilegiati

### OBIETTIVI

Obiettivi ed esiti attesi

### INTERVENTI EDUCATIVO-DIDATTICI e METODOLOGICI

Attività	Strategie e Strumenti



**C. Dimensione: AUTONOMIA/ORIENTAMENTO** → si faccia riferimento all'autonomia della persona e all'autonomia sociale, alle dimensioni motorio-prassica (motricità globale, motricità fine, prassie semplici e complesse) e sensoriale (funzionalità visiva, uditiva, tattile)

**OBIETTIVI**

Obiettivi ed esiti attesi

**INTERVENTI EDUCATIVO-DIDATTICI e METODOLOGICI**

Attività	Strategie e Strumenti

**D. Dimensione COGNITIVA, NEUROPSICOLOGICA E DELL'APPRENDIMENTO** → capacità mnesiche, intellettive e organizzazione spazio-temporale; livello di sviluppo raggiunto in ordine alle strategie utilizzate per la risoluzione di compiti propri per la fascia d'età, agli stili cognitivi, alla capacità di integrare competenze diverse per la risoluzione di compiti

**OBIETTIVI**

Obiettivi ed esiti attesi

**INTERVENTI EDUCATIVO-DIDATTICI e METODOLOGICI**

Attività	Strategie e Strumenti



**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

Data: \_\_\_\_\_

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

**Verifica conclusiva degli esiti**

Data: \_\_\_\_\_

Con verifica dei risultati conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti	
---	--

**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 del bambino o della bambina e della sezione

--

**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**

Tenendo conto di quanto definito nelle Sezioni 5 e 6, descrivere gli interventi previsti sul contesto e sull'ambiente di apprendimento

--

**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

Data: \_\_\_\_\_

Specificare i punti oggetto di eventuale revisione	
--	--



--	--

**Verifica conclusiva degli esiti**

Data: \_\_\_\_\_

Con verifica dei risultati conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti.	
--	--

**8. Interventi sul percorso curricolare****8. 1 Interventi educativo-didattici, strategie, strumenti nei diversi campi di esperienza**

Modalità di sostegno educativo-didattici e ulteriori interventi di inclusione

**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

Data: \_\_\_\_\_

Specificare i punti oggetto di eventuale revisione	
--	--

**Verifica conclusiva degli esiti**

Data: \_\_\_\_\_

Con verifica dei risultati educativo-didattici conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti riferiti anche all'ambiente di apprendimento	
<i>NB: la valutazione dei traguardi di sviluppo delle competenze previste nei campi di esperienza delle indicazioni nazionali è effettuata da tutti i docenti della sezione</i>	





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

### Tabella orario settimanale

Per ogni ora specificare:

- se il/la bambino/a è presente a scuola salvo assenze occasionali
- se è presente l'insegnante di sostegno
- se è presente l'assistente all'autonomia o alla comunicazione

Pres.  (se è sempre presente flaggare qui)

Sost.

Ass.

Orario	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
8.00 - 9.00	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.
9.00 - 10.00	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.
10.00 - 11.00	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.
11.00 - 12.00	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.
12.00 - 13.00	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.
13.00 - 14.00	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.
14.00 - 15.00	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.
15.00 - 16.00	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.	Pres. Sost. Ass.

Il/la bambino/a frequenta con orario ridotto?	<input type="checkbox"/> Sì: è presente a scuola per ____ ore settimanali rispetto alle ____ ore della classe, nel periodo..... (indicare il periodo dell'anno scolastico), su richiesta della famiglia e degli specialisti sanitari, in accordo con la scuola, per le seguenti motivazioni:
	<input type="checkbox"/> No, frequenta regolarmente tutte le ore previste per la classe
Il/la bambino/a è sempre nella sezione?	<input type="checkbox"/> Sì
	<input type="checkbox"/> No, in base all'orario svolge nel periodo _____ (indicare il periodo dell'anno scolastico) ____ ore in altri spazi per le seguenti attività:
	<input type="checkbox"/> con un gruppo di compagni ovvero <input type="checkbox"/> individualmente per le seguenti oggettive, comprovate e particolari circostanze educative e didattiche:
Docente per le attività di sostegno	Numero di ore settimanali: n. _____
Risorse destinate agli interventi di assistenza igienica e di base	Descrizione del servizio svolto dai collaboratori scolastici:
Risorse professionali	Tipologia di assistenza / figura professionale:



destinate all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione	Numero di ore settimanali condivise con l'Ente competente: _____
Altre risorse professionali presenti nella scuola/sezione	[    ] docenti della sezione o della scuola in possesso del titolo di specializzazione per le attività di sostegno [    ] docenti dell'organico dell'autonomia coinvolti/e in progetti di inclusione o in specifiche attività _____ rivolte al/alla bambino/a e/o alla sezione [    ] altro _____
Uscite didattiche e visite guidate	Interventi previsti per consentire al bambino o alla bambina di partecipare alle uscite didattiche e alle visite guidate organizzate per la sezione: _____
Strategie per la prevenzione e l'eventuale gestione di situazioni e comportamenti	
Attività o progetti sull'inclusione rivolti alla classe:	
Trasporto Scolastico	<i>Indicare le modalità di svolgimento del servizio</i> _____

**Interventi e attività extrascolastiche attive**

Attività terapeutico-riabilitative	n° ore	struttura	Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI	NOTE (altre informazioni utili)
Attività extrascolastiche di tipo formale, informale e non formale (es: attività ludico/ricreative, motorie, artistiche, etc.)	n° ore	supporto	Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI	NOTE (altre informazioni utili)

**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

Data: \_\_\_\_\_

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



**11. Verifica finale/Proposte per le risorse professionali e i servizi di supporto necessari****Verifica finale del PEI**

Valutazione globale dei risultati raggiunti (con riferimento agli elementi di verifica delle varie Sezioni del PEI)	<i>obiettivi educativo-didattici:</i>
	<i>risultati interventi, strategie e strumenti:</i>
	<i>risultati interventi educativo-didattici</i>

**Aggiornamento delle condizioni di contesto e progettazione per l'a.s. successivo [Sez. 5-6-7]**

Suggerimenti, proposte, strategie che hanno particolarmente funzionato e che potrebbero essere riproposti; criticità emerse su cui intervenire, etc...	
--	--

**Interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza****Assistenza**

Assistenza di base ( <i>per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi</i> )	Assistenza specialistica all'autonomia e/o alla comunicazione ( <i>per azioni riconducibili ad interventi educativi</i> ):
igienica <input type="checkbox"/> spostamenti <input type="checkbox"/> mensa <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>	<u>Comunicazione:</u> assistenza a bambini/e con disabilità visiva <input type="checkbox"/> assistenza a bambini/e con disabilità uditiva <input type="checkbox"/> assistenza a bambini/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo <input type="checkbox"/> <u>Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:</u> cura di sé <input type="checkbox"/> mensa <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>
<i>specificare*</i>	<i>specificare**</i>

\*Dati relativi all'assistenza di base (collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria)

\*\* Dati relativi agli interventi educativi all'autonomia e alla comunicazione (educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria)

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:  Sì  No

[ ] 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.

[ ] comportano cognizioni specialistiche e discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, tali da richiedere il coinvolgimento di figure professionali esterne.

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.



Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.)	Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo
<p>Proposta del numero di ore di sostegno per l'anno successivo*</p> <p><i>*(Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)</i></p>	<p>Partendo dall'organizzazione delle attività di sostegno didattico e dalle osservazioni sistematiche svolte, tenuto conto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> del Verbale di accertamento</li> <li><input type="checkbox"/> del Profilo di Funzionamento</li> <li><input type="checkbox"/> del suo eventuale aggiornamento,</li> </ul> <p>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 e delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno successivo*</p> <p><i>*(Art. 7, lettera d) D.Lgs. 66/2017)</i></p>	<p>Partendo dalle osservazioni descritte nelle Sezioni 4 e 6 e dagli interventi descritti nelle Sezioni n. 5 e 7, tenuto conto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> del Verbale di accertamento</li> <li><input type="checkbox"/> del Profilo di Funzionamento</li> <li><input type="checkbox"/> del suo eventuale aggiornamento,</li> </ul> <p>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>_____</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 5 bis del D.Lgs. 66/2017 - per l'a. s. successivo:</p> <p>tipologia di assistenza / figura professionale</p> <p>_____</p> <p>per N. ore _____(1)</p> <p>(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</p>
Eventuali esigenze correlate al trasporto del bambino o della bambina da e verso la scuola	



La verifica finale, 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 da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno scolastico successivo, è stata approvata dal GLO in data \_\_\_\_\_

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

NOME e COGNOME	* RUOLO	FIRMA
1.	Docente p.c.	
2.	Docente p.c.	
3.	Docente di sostegno	
4.	Docente di sostegno	
5.	Genitore/affidatario	
6.	Genitore/affidatario/tutore	
7.	Rappr, TEAM A.S.L.	
8.	Figura prof. specifica	
9.		
10.		
11.		
12.		

\* specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO



**12. 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*	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 educativi 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:					

\* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)

**Interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza****Assistenza**

Assistenza di base ( <i>per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi</i> )	Assistenza specialistica all'autonomia e/o alla comunicazione ( <i>per azioni riconducibili ad interventi educativi</i> ):
igienica <input type="checkbox"/> spostamenti <input type="checkbox"/> mensa <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>	<u>Comunicazione:</u> assistenza a bambini/e con disabilità visiva <input type="checkbox"/> assistenza a bambini/e con disabilità uditiva <input type="checkbox"/> assistenza a bambini/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo <input type="checkbox"/> <u>Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:</u> cura di sé <input type="checkbox"/> mensa <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>
<i>specificare*</i>	<i>specificare**</i>
*Dati relativi all'assistenza di base (collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria) ** Dati relativi agli interventi educativi all'autonomia e alla comunicazione (educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria)	
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: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No [ ] 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. [ ] comportano cognizioni specialistiche e discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, tali da richiedere il coinvolgimento di figure professionali esterne.	
Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.)	Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo
Proposta delle risorse da destinare	Tenuto conto del Verbale di accertamento e del Profilo di Funzionamento si



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* * (Art. 7, lettera d) D.Lgs. 66/2017)	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: a) Fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente:
	b) Fabbisogno di risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e 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).
(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	
Eventuali esigenze correlate al trasporto del bambino o della bambina da e verso la scuola	

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	FIRMA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		