|  |
| --- |
| logo-repubblica-italiana-bn.png |
| **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “G. GALILEI”**  Via Venezia, 46 - 30037 Scorzè (VE) - Tel. 041 445733 / 041 5840683 - Fax. 041 / 5847624  email [veic83600e@istruzione.it](mailto:veic83600e@istruzione.it) – [veic83600e@pec.istruzione.it](mailto:veic83600e@pec.istruzione.it) - www. [comprensivoggalilei.edu.it](http://comprensivoggalilei.edu.it/)  Codice Meccanografico: **VEIC83600E** - C.F.: **90108060279** – Codice Unico Ufficio: **UFR8LR –**  Codice IPA: **istsc\_veic83600** |

Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione degli alunni con disabilità

Allegato 2

Modello di Convocazione del GLO

L. n. 104/92 art. 15 come sostituito dal D.Lgs. n.66/17 art. 9 comma 10, integrato e modificato dal D.Lgs. n.96/19 - Decreto Interministeriale n.182 del 29 dicembre 2020, modificato dal Decreto Interministeriale n.153 del 1° agosto 2023

Prot. Ris.: \_\_\_ Data \_\_\_

Oggetto

Convocazione GLO

Ai

* \_ Prof.\dott. \_\_ Dirigente Scolastico o docente formalmente delegato
* \_ Prof.\dott. \_\_ Docenti di sezione/team/classe
* \_ Sig.\Sig.ra \_\_ Genitori o esercenti la responsabilità genitoriale
* \_ Sig.\dott. \_\_ Altre figure professionali interne alla scuola *(psicopedagogista, docenti referenti per le attività di inclusione, funzioni strumentali, docenti con incarico nel GLI per il supporto alla classe nell’attuazione del PEI)*
* \_ Dott. \_\_ *Rappresentante dell’Unità di Valutazione Multidisciplinare (designato dal Direttore sanitario della stessa)*
* \_ Sig.\dott. \_\_ *(Operatore sociosanitario; assistenti per l’autonomia e la comunicazione per la disabilità sensoriale, …)*
* \_ Sig.\dott. \_\_ *(Rappresentante e Operatori/Operatrici dell’Ente Locale)*
* \_ Sig.\dott. \_\_ *(Altre figure professionali esterne alla scuola, Operatore dello Sportello Autismo provinciale)*
* \_ Sig.\dott. \_\_ *(Eventuale esperto indicato dalla famiglia, con valore consultivo e non decisionale; la presenza viene autorizzata dal Dirigente scolastico previa segnalazione della famiglia dell’alunno/a)*
* \_ Sig.\dott. \_\_ *(Altri specialisti e terapisti dell’ASL o Enti Privati accreditati - convenzionati con compiti medico, psico-pedagogici, di orientamento e di assistenza specialistica che operano in modo continuativo)*
* \_ Sig.\dott. \_\_ *(Eventuali collaboratori scolastici che coadiuvano nell’assistenza di base dell’alunno/a)*
* \_\_\_ *Studente o studentessa (esclusivamente per la scuola secondaria di II grado)*

Le SS.LL., individuate quali membri del GLO, in favore dell’inclusione scolastica dell’alunno\a \_\_\_, sono invitate a partecipare all’incontro che avverrà in data \_\_\_ alle ore \_00:00 *press*o/*in modalità videoconferenza su piattaforma* \_ con il seguente ordine del giorno:

1. \_\_\_
2. \_\_\_
3. \_\_\_
4. \_\_\_
5. \_\_\_

In caso di impossibilità di partecipazione del Dirigente Scolastico, è delegato a presiedere l’incontro il docente \_\_\_.

Cordiali saluti

|  |
| --- |
| \_\_\_ |
| IL DIRIGENTE SCOLASTICO |