10.CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE con eventuali note esplicative (D.M. 742/2017) [solo per alunni/e in uscita dalle classi terze]

|  |  |
| --- | --- |
| **Competenze chiave europee**  | **Competenze dal Profilo dello studente al termine del primo ciclo di istruzione** |
| **NOTE ESPLICATIVE** ……………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………..  |

#### 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).  |     |

**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 (**per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi**) igienica ◻ spostamenti ◻ mensa ◻ altro ◻ (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**): Comunicazione: assistenza ad alunni/e con disabilità visiva ◻ assistenza ad alunni/e con disabilità uditiva ◻ assistenza ad alunni/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo ◻  Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella: cura di sé ◻ mensa ◻ altro ◻ (specificare ……………………………………………….) 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:  [] 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 dell’alunno o dell’alunna.  |  |
| Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.)  | Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo  |

|  |  |
| --- | --- |
| Proposta del numero di ore di sostegno per l'anno successivo\*    | Partendo dall'organizzazione delle attività di sostegno didattico e dalle osservazioni sistematiche svolte, tenuto conto□ del Verbale di accertamento **□** del Profilo di Funzionamento, e del suo eventuale □ aggiornamento, 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.  Ore di sostegno richieste per l'a. s. successivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la seguente motivazione:……………………………………………………………………….  |
| 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\* \* (Art. 7, lettera d) D.Lgs  66/2017)  | Partendo dalle osservazioni descritte nelle Sezioni 4 e 6 e dagli interventi descritti nelle Sezioni n. 5 e 7, tenuto conto □ del Verbale di accertamento **□** del Profilo di Funzionamento, e del suo eventuale □ aggiornamento, e dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno: * si indica il fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente…………………………………………………………………………………………….
* 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 5bis del D.Lgs 66/2017 e s.m.i. - per l'a. s. successivo: tipologia di assistenza / figura professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per N. ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1).
 |
| Eventuali esigenze correlate al trasporto dell’alunno/a 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME |  TITOLO O DISCIPLINA DEL COMPONENTE | FIRMA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |

**FIRMA DEL GENITORE**

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

Civitavecchia, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il DIRIGENTE SCOLASTICO