Ministero dell’Istruzione  
 Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

ISTITUTO COMPRENSIVO FIANO  
 Indirizzo Musicale  
 Via L. Giustiniani, 20 – 00065 Fiano Romano (Rm)  
 Tel. 0765/389008   
 Cod.Mecc. RMIC874700D – Codice Fiscale: 97198090587  
 Peo: [rmic87400d@istruzione.it](mailto:rmic87400d@istruzione.it) – Pec: [rmic87400d@pec.istruzione.it](mailto:rmic87400d@pec.istruzione.it)  
 Sito web: [www.icfianoromano.edu.it](http://www.icfianoromano.edu.it)

**Piano Educativo Individualizzato**

**PROVVISORIO**

[da compilare a seguito del primo accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell’inclusione scolastica]

***Scuola dell’Infanzia***

***Anno Scolastico /***

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_

Insegnante di sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| **Curriculum clinico** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell’inclusione scolastica (L.104/92 art.** | **Data di rilascio** | | **Data scadenza o rivedibilità** | | **Non indicata** |
|  | |  | |  |
| **comma 3** |  |  | |  | |
| **comma 1** |  |  | |  | |
| **Profilo di funzionamento**  **(se disponibile)** | **Redatto in data**  **…/…/…** | ----------------- | | ----------------- | |
| **Certificazione per l’integrazione CIS** |  | * **al passaggio** * **alla classe successiva** * **nell’anno\_\_\_\_\_\_** | |  | |
| **Referente ASL** |  | | | | |
| **Diagnosi clinica riportata nel CIS** |  | | | | |
| **Codici presenti nella diagnosi** |  | | | | |
| **Utilizzo di protesi sanitarie e/o ausili tecnici. Se sì, quali?** |  | | | | |
| **Periodi di ospedalizzazione** |  | | | | |
| **Altro (farmaci, allergie,..)** |  | | | | |

| 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 educativo-didattici 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  \_\_\_\_ | Lieve  \_\_\_\_ | Media  \_\_\_\_ | Elevata  \_\_\_\_\_ | Molto elevata  \_\_\_\_ |
| 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**)  *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 privi/e della vista* ◻  *assistenza ad alunni/e privi/e dell’udito*  ◻  *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)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |

*Per le esigenze di tipo sanitario si rimanda alla relativa documentazione presente nel Fascicolo dell’alunno/a.*

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

| Proposta delle 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\*  \* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017) | 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:  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 5*bis* del D.Lgs 66/2017 - per l'a. s. successivo:  ◻ Assistenza specialistica all’autonomia e/o alla comunicazione (OEPAC): ore n. \_\_\_\_\_\_  ◻ Assistente educativo: ore n.\_\_\_\_\_\_  ◻ Assistente CAA |
| --- | --- |
| Eventuali esigenze correlate al trasporto dell’alunno/a da e verso la scuola |  |

(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

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

| **Il presente P.E.I. è stato redatto dal GLO composto da:** | **Cognome e nome** | **Firma** |
| --- | --- | --- |
| **Dirigente scolastico o suo delegato** |  |  |
| **Insegnante specializzato nelle attività di Sostegno** |  |  |
| **Insegnanti Curricolari** |  |  |
| **Partecipano al GLO:** | | |
| **Genitori dell’alunno o chi ne fa le veci** |  |  |
| **Neuropsichiatra infantile** |  |  |
| **Psicologo dell’età evolutiva** |  |  |
| **Logopedista** |  |  |
| **Neuropsicomotricista** |  |  |
| **Referente area minori del servizio sociale** |  |  |
| **Operatori OEPAC** |  |  |
| **Altro** |  |  |

Fiano Romano, lì