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 – Pec: 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 basee delle risorse professionali da destinareall'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