***I.C. “GALILEI - MARTINI” di SCORZE’***

***DATI CONVOCAZIONE GLO a.s. 2024/25***

* ***iniziale***
* ***intermedio***
* ***finale***

|  |  |
| --- | --- |
| CODICE ID  INIZIALI DEL COGNOME E NOME DELL’ ALUNNO |  |
| DOCENTE SOSTEGNO  (nome e cognome) |  |
| DOCENTI DI SEZIONE/TEAM/CLASSE  (elencare classe, sezione, plesso)  ELENCARE TUTTI I NOMI DEI DOCENTI | Docenti titolari della Sezione C  Docenti della classe ….^ sez. ….. plesso |
| NOMI, COGNOMI GENITORI |  |
| FIGURE PROFESSIONALI INTERNE ALLA SCUOLA | indicare FS e Referente Inclusione |
| RAPPRESENTANTE UVMD  (specialista referente DF, nome cognome mail) | se ULSS 3  nome.cognome@aulss3.veneto.it |
| OPERATORE SOCIO-SANITARI, ASSISTENTI AUTONOMIA E COMUNICAZIONE  (nome, cognome, mail) |  |
| RAPPRESENTANTE DELL’ENTE LOCALE (assistenti sociali, educatori, nome cognome, mail) |  |
| ALTRE FIGURE ESTERNE ALLA SCUOLA  (nome, cognome, mail) |  |
| UN ESPERTO INDICATO DALLA FAMIGLIA (nome, cognome, mail)  verrà inserito se inviata richiesta entro 7 ottobre |  |
| ALTRI SPECIALISTI ED ESPERTI USL (logopedisti, psicoterapeuti…..) |  |
| DATA E ORARIO GLO |  |
| MODALITA’ SVOLGIMENTO GLO | presenza (indicare sede)  telematico  misto |
| EVENTUALE LINK PER COLLEGAMENTO |  |

**DA COMPILARE IN TUTTE LE PARTI E INVIARE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DEL GLO**

**al** [veic83600e@istruzione.it](mailto:veic83600e@istruzione.it)