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

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

***iniziale intermedio finale***

|  |  |
| --- | --- |
| CODICE ID  COGNOME E NOME DELL’ ALUNNO |  |
| DOCENTE SOSTEGNO  (nome e cognome) |  |
| DOCENTI DI SEZIONE/TEAM/CLASSE  (elencare classe, sezione, plesso) | Docenti titolari della Sezione ….. (infanzia)  Docenti della classe ….^ sez. ….. plesso……  (primaria e secondaria) |
| NOMI, COGNOMI GENITORI |  |
| 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)* | indicare FS e Referente Inclusione |
| RAPPRESENTANTE UVMD  (**specialista referente DF**, nome cognome) |  |
| 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 (*Altre figure professionali esterne alla scuola, Operatore dello Sportello Autismo provinciale)*  nome, cognome, mail |  |
| UN ESPERTO INDICATO DALLA FAMIGLIA (*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)* (nome, cognome, mail)  verrà inserito se inviata richiesta entro 7 ottobre |  |
| ALTRI SPECIALISTI ED ESPERTI USSL (*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*) |  |
| DATA E ORARIO GLO |  |
| MODALITA’ SVOLGIMENTO GLO | presenza (indicare sede)  telematico  misto |

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

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