|  |
| --- |
| logo-repubblica-italiana-bn.png |
| ISTITUTO SUPERIORE “GALILEO GALILEI” CONEGLIANO  Via Galilei 16 - 31015 Conegliano (TV)  Tel. +39 0438 .61649 - C.F. 91044380268 - C.M. TVIS026004  Sito web: <http://www.isgalilei.edu.it/> - E-mail: [TVIS026004@istruzione.it](mailto:tvis026004@istruzione.it)- PEC: [TVIS026004@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:TVIS026004@PEC.ISTRUZIONE.IT)ica |

Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione degli alunni con disabilità

Allegato 2

Modello di Convocazione del GLO

L. n. 104/92 art. 15 come sostituito dal D.Lgs. n.66/17 art. 9 comma 10, integrato e modificato dal D.Lgs. n.96/19 - Decreto Interministeriale n.182 del 29 dicembre 2020, modificato dal Decreto Interministeriale n.153 del 1° agosto 2023

Prot. Ris.: Data

Oggetto

Convocazione GLO

Ai

* Prof.\dott. \_\_ Dirigente Scolastico o docente formalmente delegato
* Prof.\dott. \_\_ Docenti di sezione/team/classe
* Sig.\Sig.ra \_\_ Genitori o esercenti la responsabilità genitoriale
* Sig.\dott. \_\_ Altre 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)*
* Dott. \_\_ *Rappresentante dell’Unità di Valutazione Multidisciplinare (designato dal Direttore sanitario della stessa)*
* Sig.\dott. \_\_ *(Operatore sociosanitario; assistenti per l’autonomia e la comunicazione per la disabilità sensoriale, …)*
* Sig.\dott. \_\_ *(Rappresentante e Operatori/Operatrici dell’Ente Locale)*
* Sig.\dott. \_\_ *(Altre figure professionali esterne alla scuola, Operatore dello Sportello Autismo provinciale)*
* Sig.\dott. \_\_ *(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)*
* Sig.\dott. \_\_ *(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)*
* Sig.\dott. \_\_ *(Eventuali collaboratori scolastici che coadiuvano nell’assistenza di base dell’alunno/a)*
* \_\_\_ *Studente o studentessa (esclusivamente per la scuola secondaria di II grado)*

Le SS.LL., individuate quali membri del GLO, in favore dell’inclusione scolastica dell’alunno\a \_\_\_, sono invitate a partecipare all’incontro che avverrà in data \_\_\_ alle ore \_00:00 *press*o/*in modalità videoconferenza su piattaforma* \_ con il seguente ordine del giorno:

1. \_\_\_
2. \_\_\_
3. \_\_\_
4. \_\_\_
5. \_\_\_

In caso di impossibilità di partecipazione del Dirigente Scolastico, è delegato a presiedere l’incontro il docente \_\_\_.

Cordiali saluti

|  |
| --- |
| dott.ssa Maria Chiara Massenz |
| IL DIRIGENTE SCOLASTICO |