ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "SKANDERBEG"

**Anno Scolastico 2025-2026**

**Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione del ……………………**

ALUNNO/A:

**nato/a**: ……………………………… ……… **il**: ………………………………………………………………

**residente a**: …………… **via**: ………

**frequentante la classe**: ……… **sez.**: …C **DIAGNOSI ICD-10**:

**Composizione del GLO - Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione**

*Art. 15, commi 10 e 11 della L. 104/1992 (come modificato. dal D.Lgs 96/2019)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cognome e Nome | \* specificare a quale titolo  ciascun componente interviene al **GLO** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |

|  |
| --- |
| Ordine del giorno:  1. *Redazione del P.E.I.* |
| Si riporta in forma sintetica quanto concordato durante l’incontro. |

Firma del verbalizzante