|  |
| --- |
| VERBALE INCONTRO GLOI del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NPI Dott.re \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Art. 3 comma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Classe:Plesso:Tempo scuola: Ore assegnate: |
| BREVE RELAZIONE Presenti: |
| OBIETTIVI EMERSI: |
| STRATEGIE: |
| STRUMENTI/SUSSIDI necessari: | CRITICITA’:  |
| ORE ANFFAS: ORE ASSIST. COMUNICAZ. :OPERATORE/I: ASPETTI DA EVIDENZIARE:  | PROGETTO INCLUSIVO E MODALITA’: |

Data ……………………….

Firma docente/i verbalizzante/i…………..………………………………..

 …………………………………………