        

**ISTITUTO COMPRENSIVO MONTE ROSELLO BASSO**

Piazza Sacro Cuore, 16 - 07100 SASSARI (SS)

Tel. 079 2845414 - E-mail:  ssic850002@istruzione.it - ssic850002@pec.istruzione.it

 C.F. 92128490908 - C.M. SSIC850002 - URL Sito WEB: [www.icmonterosellobasso.edu.it](http://www.icmonterosellobasso.edu.it)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TEAM DOCENTE: Classe \_\_\_\_**

**Scuola Primaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**All’ Ins. Giovanna E. Cabizzosu (Referente H)**

**Ai GENITORI Alunno/a**

 **CODICE IDENTIFICATIVO: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**All’ EQUIPE PSICO PEDAGOGICA:**

**(inserire nome, cognome e mail)**

**Esempio: Dott.ssa Maria Rossi**

**maria.rossi@aousassari.it**

**ASSISTENTE EDUCATIVA:**

**(inserire nome e cognome)**

**All’attenzione della dott.ssa Dalila Masia**

**masia@altricolori.it**

**e p.c. DSGA**

**Oggetto: convocazione GLO alunno cod.id. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si comunica alle SS.VV. che il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_ si terrà il gruppo di lavoro per l’alunno/a **CODICE IDENTIFICATIVO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tramite una videoconferenza con Google Meet.

Per poter partecipare all’incontro è necessario essere in possesso di un account Google con cui accedere al seguente Link: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sarà presieduto dall’insegnante di sostegno, (**inserire nome e cognome del docente**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per discutere i seguenti punti all’ odg:

1. Valutazione dell’intervento didattico educativo;
2. Prospettive per il futuro anno scolastico;
3. Varie ed eventuali.

Ritenendosi utile la Vs. partecipazione, ringraziamo fin d’ora per la collaborazione.

Il Dirigente Scolastico

*Prof. Paolo Zentile*

*firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell’Amministrazione Digitale*

*e norme ad esso connesse*

Saranno presenti:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **E-mail/nr. di telefono (da inserire per og**ni **persona convocata, escluso il genitore)** |
| **Genitori alunno (Non inserire i nominativi ma** **solo il codice)**Codice identificativo: |  |
|  |
| **Team docente** (nome e cognome) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Medico specialista** (nome, cognome e Ente di appartenenza) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Terapisti** (nome, cognome e Ente di appartenenza) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Altre figure coinvolte** (nome e cognome) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Si rimane in attesa di cortese riscontro.

Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 L’insegnante di sostegno

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_