Allegato n. 1

RELAZIONE DESCRITTIVA PROBLEMATICHE EMERSE

Prot.N. ……………. Data ………………………

Gli insegnanti della Scuola ………………………………………………………………………..

 Asilo Nido Comune di……………………………

 Scuola dell’Infanzia classe……sez…………Comune di…………………………..

 Scuola Primaria classe……sez…………Comune di…………………………..

 Scuola Secondaria di I grado classe……sez…………Comune di…………………………..

 Scuola Secondaria di II grado classe……sez…………Comune di…………………………..

Comunicano che l’alunno/a

Cognome……………………………………….Nome……………………………………………..

Nato/a a……………………………….prov…………………….il………………………………….

Residente a ………………………………………….N……………………CAP……………………

Presenta:

Livello didattico e di apprendimento …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………

Capacità linguistiche

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comportamenti

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Capacità affettive e relazionali

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Abilità e autonomia psicomotoria

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comunicano altresì di aver attivato e seguenti interventi

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Con i seguenti risultati

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pertanto ritengono importante, ai fini dell’integrazione scolastica e per la realizzazione del diritto allo studio e la facilitazione del successo formativo, approfondimenti specialistici presso l’U.O.S. di Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva della ASL/RMG del distretto Sanitario di ………………..

Firma Insegnanti ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Allegato n.2

RICHIESTA DI VALUTAZIONE AI FINI DELL’INTEGRAZIONE SCOLASTICA

 *Alla struttura del Servizio Sanitario Regionale*

 *U.O.S. T.S.M.R.E.E. di …………………………*

Prot.N. …………….

Il/La sottoscritto/a……………………………………………………………………………………

nato/a a ………………………………………….prov. ……………………..il …………………...

residente a ………………………………………prov. ………………………

telefono…………………….cellulare………………………mail…………………………………..

nella qualità di Genitore/Tutore

 CHIEDE che

Cognome …………………………………Nome…………………………………………

nato/a a …………………………….prov. ………………………..il …………………..

residente a …………………………prov………………………..

in via/piazza…………………………..N…………………..CAP…………………………

CODICE FISCALE I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I

**venga sottoposto a valutazione multidisciplinare per la definizione degli interventi necessari ai fini dell’integrazione scolastica.**

La richiesta è inoltrata con la Scuola SI NO

Se si, la Scuola ha redatto una relazione descrittiva sulle problematiche emerse SI NO

DICHIARA inoltre che l’alunno/a sarà iscritto/a per l’anno scolastico………………… a

 Asilo Nido

 Scuola dell’Infanzia

 Scuola Primaria

 Scuola Secondaria di I grado

 Scuola Secondaria di II grado

Data………………………………………. Firma …………………………………