  
**ISTITUTO SCOLASTICO DISTRETTI SANITARI - UMEE**

**Ancona - Senigallia - Jesi - Fabriano**

**……………………………………**

- **Al Responsabile/Coordinatore UMEE**

**ASUR –Area Vasta 2**

**Distretto di ……………………**

**p.c. - Al Pediatra di Libera Scelta**

**……………………………………….**

**OGGETTO: RICHIESTA DI INTERVENTO ALL’UNITA’ MULTIDISCIPLINARE ETA’**

**EVOLUTIVA (UMEE) DELLA SEDE DI ……………………………….**

SI CHIEDE

◻ **di attivare la procedura per l’individuazione della disabilità (art. 2 D.P.R. 24.02.94)**

◻ **certificazione di DSA** **( Art. 3 L.170/2010)**

◻ **valutazione** **per altri Disturbi di Sviluppo**

# per l’alunno:

# **COGNOME** ……………………………………**NOME** …………………………………………

nat\_ a …………………………………… il …………...............................................................

residente a ……………………………… Via …………………………. Tel. …………………

frequentante la classe ………………della Scuola …………………………………………………

per le seguenti problematiche (**compilare la relazione di sintesi delle osservazioni allegata**):

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

**GLI INSEGNANTI**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Firma del/i GENITORE/I IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

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

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



**DISTRETTI SANITARI - UMEE**

**Ancona - Senigallia - Jesi - Fabriano**

**ISTITUZIONE SCOLASTICA**

**………………………………..**

**RELAZIONE DI SINTESI DELLE OSSERVAZIONI**

**ALUNNO: ………………………………………….**

**A.S. …………**

**AL RESPONSABILE / COORDINATORE**

**DELL’U.M.E.E. DI ………………………….**

**1. QUADRO DI RIFERIMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMINATIVO** |  |
| **LUOGO DI NASCITA** |  |
| **DATA DI NASCITA** |  |
| **RESIDENZA** |  |
| **\*se straniero**  **DA QUANTO TEMPO IN ITALIA** |  |

**2. INFORMAZIONI SULL’ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORDINE DI SCUOLA FREQUENTATO** | **□ Scuola dell’Infanzia**  **□ Scuola Primaria**  **□ Scuola Secondaria di I Grado**  **□ Scuola Secondaria di II Grado** | | |
| **SEZIONE/CLASSE** |  | **Numero alunni** |  |
| **HA RIPETUTO LA/E CLASSE/I** | **□ *\* elencare***  **□ la classe corrente** | | |
| **TEMPO SCUOLA** | **□ tempo a modulo / normale**  **□ tempo pieno**  **□ tempo prolungato**  **□ rientri pomeridiani *(specificare il numero)*** | | |
| **□ n. ore settimanali di frequenza ………** | | |

**3. DESCRIZIONE SINTETICA**

***(Compilare tutti i campi)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1) AREA COGNITIVA / NEUROPSICOLOGICA (Attenzione, Memoria, Logica)** | | | |
| **Problematiche Rilevate** | | *\* breve descrizione* | |
|  | |
| **Punti di Forza** | | *\* breve descrizione* | |
|  | |
| **2) AREA AFFETTIVO / RELAZIONALE (Autostima, Rapporto con gli altri)** | | | |
| **Problematiche Rilevate** | | *\* breve descrizione* | |
|  | |
| **Punti di Forza** | | *\* breve descrizione* | |
|  | |
| **3) AREA MOTORIO / PRASSICA (Motricità Globale, Motricità Fine)** | | | |
| **Problematiche Rilevate** | | *\* breve descrizione* | |
|  | |
| **Punti di Forza** | | *\* breve descrizione* | |
|  | |
| **4) AREA LINGUISTICO / COMUNICAZIONALE (Comprensione, Produzione)** | | | |
| **Problematiche Rilevate** | | *\* breve descrizione* | |
|  | |
| **Punti di Forza** | | *\* breve descrizione* | |
|  | |
| **5) AREA AUTONOMIA (Personale, Sociale, Didattica)** | | | |
| **Problematiche Rilevate** | | *\* breve descrizione* | |
|  | |
| **Punti di Forza** | | *\* breve descrizione* | |
|  | |
| **6) AREA APPRENDIMENTI (Lettura, Scrittura, Calcolo/Problem-Solving)** | | | |
| **Problematiche Rilevate** | | *\* breve descrizione* | |
|  | |
| **Punti di Forza** | | *\* breve descrizione* | |
|  | |
| **7) FREQUENZA SCOLASTICA** | | | |
| □ **Regolare** □ **Irregolare** | | | |
| **8) ALTRO** | | | |
|  | | | |

**4. SONO STATI COINVOLTI ALTRI CENTRI / OPERATORI SANITARI?**

***(Se sì, specificare nominativo, qualifica operatori e data)***

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**5. REDATTORI DELLA RELAZIONE SINTETICA DI OSSERVAZIONE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Qualifica (\*)*** | | ***Nome e Cognome*** | ***Firma*** |
| **DIRIGENTE** | |  |  |
| **FUNZIONE STRUMENTALE – SUPPORTO AGLI ALUNNI** | |  |  |
| **DOCENTE COORDINATORE DI CLASSE** | |  |  |
| **DOCENTI (\**indicare tutti i docenti che hanno effettuato le osservazioni)*** | | | |
| **\*** | |  |  |
| **\*** | |  |  |
| ***\**** | |  |  |
| **\*** | |  |  |
| **\*** | |  |  |
| **\*** | |  |  |
| **\*** | |  |  |
| **\*** | |  |  |
|  | | | |
| **LUOGO** |  | | |
| **DATA** |  | | |