



DISTRETTI SANITARI - UMEE
Ancona - Senigallia - Jesi - Fabriano

ISTITUTO SCOLASTICO

.....

- 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:

COGNOMENOME

nat_ a il

residente a Via Tel.

frequentante la classedella Scuola

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

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

GLI INSEGNANTI

Data _____

Firma del/i GENITORE/I

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

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	<input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia <input type="checkbox"/> Scuola Primaria <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di I Grado <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di II Grado		
SEZIONE/CLASSE		Numero alunni	
HA RIPETUTO LA/E CLASSE/I	<input type="checkbox"/> * <i>elencare</i> <input type="checkbox"/> la classe corrente		
TEMPO SCUOLA	<input type="checkbox"/> tempo a modulo / normale <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo prolungato <input type="checkbox"/> rientri pomeridiani (<i>specificare il numero</i>)		
	<input type="checkbox"/> n. ore settimanali di frequenza		

3. DESCRIZIONE SINTETICA
(Compilare tutti i campi)

1) AREA COGNITIVA / NEUROPSICOLOGICA (Attenzione, Memoria, Logica)	
Problematiche Rilevate	<i>* breve descrizione</i>
Punti di Forza	<i>* breve descrizione</i>
2) AREA AFFETTIVO / RELAZIONALE (Autostima, Rapporto con gli altri)	
Problematiche Rilevate	<i>* breve descrizione</i>
Punti di Forza	<i>* breve descrizione</i>
3) AREA MOTORIO / PRASSICA (Motricità Globale, Motricità Fine)	
Problematiche Rilevate	<i>* breve descrizione</i>
Punti di Forza	<i>* breve descrizione</i>
4) AREA LINGUISTICO / COMUNICAZIONALE (Comprensione, Produzione)	
Problematiche Rilevate	<i>* breve descrizione</i>
Punti di Forza	<i>* breve descrizione</i>

5) AREA AUTONOMIA (Personale, Sociale, Didattica)

Problematiche Rilevate	<i>* breve descrizione</i>
Punti di Forza	<i>* breve descrizione</i>

6) AREA APPRENDIMENTI (Lettura, Scrittura, Calcolo/Problem-Solving)

Problematiche Rilevate	<i>* breve descrizione</i>
Punti di Forza	<i>* breve descrizione</i>

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		