# allegato A

**richiesta consulenza PER NIDI E SCUOLE INFANZIA**

ATTO RISERVATO

Al Responsabile U.O.S. NPIA

OGGETTO: Segnalazione dell’alunno/a

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

(Cognome) (Nome)

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

Residente a …………………………………… Via ……………………………………………………….. N…………

Recapito telefonico ………………………………………………… e-mail ….………………………………………

Frequentante la sezione ……………………………….. Nido …………………………………………………………

Scuola Infanzia ……………………………………..

L’insegnante (\*) segnala

l’alunno/a in oggetto, facendo presente che:

* entrambi i genitori sono stati informati e acconsentono alla consulenza AUSL 
* entrambi i genitori sono stati informati e non acconsentono 

# MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE

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

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

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

(\*) *in caso di più insegnanti, l’insegnante scrivente si deve intendere delegato dai colleghi*

# QUADRO DESCRITTIVO

**AREA COGNITIVA**

*Linguaggio*

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

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

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

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

*Attenzione*

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

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

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

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

*Memoria*

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

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

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

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

*Altro*

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

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

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

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

# AREA DELLE AUTONOMIE

*Sonno*

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

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

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

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

*Alimentazione*

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

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

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

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

*Controllo sfinterico*

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

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

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

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

*Igiene personale*

*Altro*

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

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

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

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

# AREA DELLE RELAZIONI

*Rapporti con i coetanei*

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

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

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

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

*Rapporti con adulti*

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

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

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

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

*Altro*

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

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

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

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

# AREA MOTORIA

*Motricità fine*

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

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

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

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

*Coordinazione movimenti*

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

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

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

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

*Si muove continuamente* (indicare le caratteristiche principali)

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

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

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

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

*Presenta delle stereotipie* (indicare quali)

*Altro*

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

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

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

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

Data …………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del Responsabile del servizio  Scolastico/Educativo (Dirigente/Direttore) | Firma del Coordinatore Pedagogico/  dell’insegnante | Firma dei genitori  (o di chi esercita la potestà genitoriale) |

# allegato B

**richiesta consulenza PER SCUOLE PRIMARIE E SECONDARIE DI PRIMO e SECONDO GRADO**

ATTO RISERVATO

Al Responsabile U.O.S.

NPIA

OGGETTO: Segnalazione dell’alunno/a

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

(Cognome) (Nome)

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

Residente a …………………………………… Via ……………………………………………………….. N…………

Recapito telefonico ………………………………………………… e-mail ….………………………………………

Frequentante la classe ……………… Scuola Primaria ……………………………………………………………….

Scuola Secondaria di primo grado:…………………………………………………………………………...................

L’insegnante (\*) segnala

l’alunno/a in oggetto, facendo presente che:

* entrambi i genitori sono stati informati e acconsentono alla consulenza AUSL 
* entrambi i genitori sono stati informati e non acconsentono 

# MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE

Problemi di comportamento

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

Problemi di rendimento scolastico

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

Altri problemi

(\*) *in caso di più insegnanti, l’insegnante scrivente si deve intendere delegato dai colleghi*

# QUADRO DESCRITTIVO

Comportamento

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

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

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

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

Rapporti con i coetanei

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

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

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

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

Rapporti con adulti

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

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

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

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

Rendimento scolastico

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

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

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

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

Altro

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

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

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

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

Aree problematiche rilevate dall’insegnante e su cui si chiede la consulenza

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

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

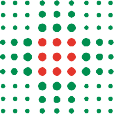
………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

Data …………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del Dirigente dell’Istituto Scolastico | Firma dell’insegnante | Firma dei genitori  (o di chi esercita la potestà genitoriale) |

**Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche**

UO NPIA Attività territoriale (SC)

# Allegato C comunicazione di presa in carico

Spett.le Famiglia dell’alunno

…………..

E p.c. Responsabile

Nido Comunale/Privato

…………………………………

Scuola Infanzia Comunale/Privata

……………………………………….

Dirigente Scolastico

Scuola .………

LORO SEDI

In riferimento alla segnalazione effettuata dagli educatori/ insegnanti/coordinatori pedagogici , a conoscenza dei genitori, in merito al bambino (iniziali) ………….., iscritto alla classe del Servizio Educativo/

Scuola ………………………….., inviato all’U.O.S. di NPIA, al termine del processo diagnostico si ritiene

opportuno procedere a:

* + presa in carico con controlli clinici ambulatoriali periodici 
  + trattamento:
    - logopedico 
    - fisioterapico 
    - altro 
  + ulteriori incontri di approfondimento 
  + Certificazione secondo la Legge104/92
  + Altro  (specifica) …………………….………………………………………………………………………..

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

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

Il referente del caso è …………………………………………………………….......…

tel………………………………………………………………………………………….

e-mail ……………………………………………………………………………………

IL REFERENTE DEL CASO

……………………………………………..