

**DISTRETTI SANITARI - UMEE**

**Ancona - Senigallia - Jesi - Fabriano**

# ISTITUZIONE SCOLASTICA

ISTITUTO COMPRENSIVO “MARCO POLO”

Via Luigi Fabbri, 1

60044 FABRIANO (AN)

Tel. 0732 21971 Fax 0732 4797 C.F. 90016680424

…………………………………..……………………..

**RELAZIONE DI SINTESI DELLE OSSERVAZIONI**

# ALUNNO: ………………………………………….

**A.S. ………………..…**

**ISTITUTO SCOLASTICO**

**Marco Polo - Fabriano**

- **Al Responsabile/Coordinatore UMEE**

 **ASUR – Area Vasta 2**

 **Distretto di Fabriano**

 **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/sezione ............. della Scuola .................................. di ..................

**per le problematiche di cui alla relazione allegata.**

Data ....................................................

 **GLI INSEGNANTI**

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

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

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

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

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

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

\_\_

## AL RESPONSABILE / COORDINATORE

**DELL’U.M.E.E. DI ………………………….**

### QUADRO DI RIFERIMENTO

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

1. **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 ………** |

1. **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** |
|  |

### SONO STATI COINVOLTI ALTRI CENTRI / OPERATORI SANITARI?

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

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 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** |  |