

**SCHEDA A CURA DELLA SCUOLA**

(Per i provvedimenti di cui alla Legge del 5.2.92 n. 104 riguardante gli alunni con disabilità - handicap, gravi disturbi di apprendimento)

---

COGNOME E NOME ..... NATO A .....

IL ..... RESIDENTE A ..... VIA ..... N. ....

TEL ..... . FREQUENTANTE LA SCUOLA DELL'INFANZIA  PRIMARIA  SECONDARIA DI 1° GRADO   
SECONDARIA DI 2° GRADO  CLASSE: .....

NEL PLESSO SCOLASTICO DI: .....(LOCALITÀ)

---

1. NATURA DEL PROBLEMA

AREA COGNITIVA:

Difficoltà di lettura

---

---

Difficoltà di scrittura

---

---

Difficoltà di calcolo

---

---

Difficoltà di comprensione del testo scritto

---

---

Difficoltà di comprensione da ascolto

---

---

Difficoltà nella soluzione di problemi matematici

---

---

Disturbi della comunicazione

---

---

Disturbi dell'organizzazione percettiva

---

---

AREA COMPORTAMENTALE:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. QUALI INTERVENTI SONO GIÀ STATI MESSI IN ATTO E CON QUALI RISULTATI

---

---

---

---

---

---

---

---

3. INTEGRAZIONE NEL GRUPPO

---

---

---

---

---

---

---

---

4. CAPACITÀ DI UTILIZZARE LE RISORSE AI FINI DEGLI APPRENDIMENTI E DEI RAPPORTI CON COETANEI E ADULTI

---

---

---

---

---

---

---

---

5. IMPEGNO, RISULTATI NELLE MATERIE SCOLASTICHE E MOTIVAZIONE VERSO LE STESSE

---

---

---

---

---

---

---

---

6. FREQUENZA SCOLASTICA:

---

---

7. RELAZIONI SCUOLA - FAMIGLIA

---

---

---

---

---

8. RICHIESTE FORMULATE AI SERVIZI:

---

---

---

---

---

---

---

---

PARERE MOTIVATO DEL Dirigente/Preside sulla segnalazione dell'alunno:

---

---

---

FIRMA DIRIGENTE/PRESIDE

---

Il sottoscritto..... padre dell'alunno/a.....  
La sottoscritta..... madre dell'alunno/a.....  
Il sottoscritto..... tutore/amministratore di sostegno dell'alunno/a.....

Dichiara di aver preso visione del presente documento

FIRMA

---

DATA: .....

ALL’AZ. U.L.S.S. N. 10 “ VENETO ORIENTALE”

DIRETTORE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N \_\_\_\_\_

**DOMANDA PER L’INDIVIDUAZIONE DELL’ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP**

- Il sottoscritto .....padre  
dell’ alunno/a.....  
Nato..... prov.....il .....  
Residente a .....(CAP) .....  
Via .....n..... Tel./cell.....
- La sottoscritta .....madre  
dell’alunno/a.....  
Nato a..... prov.....il.....  
Residente a .....(CAP) .....  
Via .....n..... Tel./cell.....
- Il/la sottoscritto/a .....tutore/amministratore di sostegno  
dell’alunno.....  
Nato /a .....prov. ....il .....  
Residente a.....( CAP) .....  
Via.....n..... Tel./cell.....

**Chiede/chiedono**

**che l’alunno:**

Cognome .....Nome.....  
Nato a .....il.....  
Residente in .....CAP.....  
Via.....  
Codice Fiscale .....

**Venga valutato ai fini dell’integrazione scolastica**

- Scuola dell’infanzia
- Scuola primaria- alla classe.....
- Scuola secondaria di I grado – alla classe.....
- Scuola secondaria di II grado – alla classe.....

**A tal fine fornisce le seguenti indicazioni:**

- Medico di medicina generale\*:** dott.....  
Indirizzo..... telefono.....

- Pediatra di libera scelta\*** : dott.....  
Indirizzo.....telefono.....
- Medico specialista di fiducia \*\***dott.....  
indirizzo.....telefono.....
- Medico in rappresentanza di associazione di categoria\*\***dott.....  
indirizzo..... telefono .....

**Precisa infine che la scuola frequentata (o prescelta) è :**

.....

**ALLEGA**

- Certificato (o relazione) rilasciato dal medico specialista nella branca di pertinenza della patologia rilevata che riporta:**
  - **diagnosi clinica**
  - **indicazione se si tratta di patologia stabilizzata o progressiva**
- Altra documentazione :**
  - **Copia verbale invalidità civile e o handicap ai sensi della L. 104/92;**
  - **Test diagnostici**
  - **Referti/relazioni rilasciati da psicologi dell'età evolutiva**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma**

- del padre.....
- della madre.....
- del tutore/amm. sostegno.....

**Nb:** \* l'indicazione del medico curante o del pediatra di libera scelta non è obbligatoria in quanto gli stessi sono invitati d'ufficio.

**\*\*** il Medico di fiducia o il medico in rappresentanza della associazione di categoria è facoltativa. L'Azienda non riconosce ai professionisti indicati dalla famiglia né il rimborso delle spese né corrispettivi di prestazioni professionali.

**Da compilare in caso le persone aventi titolo (genitori, tutore) chiedano che la UVMD trasmetta il Verbale di accertamento direttamente alla scuola.**

- Il sottoscritto.....padre dell'alunno/a.....

- La sottoscritta.....madre dell'alunno/a.....

- Il sottoscritto.....tutore/amm. di sostegno dell'alunno.....

**Delega/delegano**

l'Unità di Valutazione Multidisciplinare competente alla valutazione del minore loro figlio

.....(nome cognome)..... nato il .....

**a trasmettere il verbale di individuazione dell'alunno disabile e i documenti allegati alla presente alla scuola** .....

.....con sede in

..... ai fini della tempestiva adozione dei provvedimenti conseguenti.

Firma .....

Per accettazione il presidente dell'UVMD.....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento relativo al riconoscimento dello stato di invalidità civile e dei benefici da esso derivante ed in conformità alle disposizioni vigenti in materia di privacy del predetto Decreto esprime il suo consenso al trattamento degli stessi.

Data \_\_\_\_\_

il/la dichiarante

\_\_\_\_\_

**VERBALE DI ACCERTAMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP  
AI SENSI DEL DPCM N. 185 DEL 23 FEBBRAIO 2006 E DELLA DGRV 2248/2007**

**UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE**

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. \_\_\_\_\_

PARTECIPANTI	COGNOME E NOME	ENTE RAPPRESENTATO	COMPONENTI PRESENTI	COMPONENTI NECESSARI
Responsabile: Direttore di Distretto o suo delegato				
Neuropsichiatra Infantile o Psicologo età evolutiva				
Assistente sociale				
Responsabile Integrazione scolastica				
Medico di M.G.				
Pediatra di Libera scelta				
Medico di fiducia della famiglia				
Associazione di categoria				
Rappresentante della Scuola				

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di presentazione della domanda \_\_\_\_\_

Domanda presentata da parte di \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

Iscrizione per l'anno scolastico \_\_\_\_\_

Scuola dell'infanzia

- Primaria – alla classe
- Secondaria di I grado – alla classe
- Secondaria di II grado – alla classe

**L'Unità di Valutazione Multidimensionale** , riunita in data ....., esaminata e valutata la documentazione prodotta, **attesta**

Diagnosi e codice ICD10

---

---

---

La patologia

.....  
.....  
..... è:

- fisica
- psichica
- sensoriale
- plurima

**E RISULTA**

- Stabilizzata
- Progressiva

**SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITÀ L. 104/92 ART. 3, COMMA 3**

- Si
- No

**Il presente accertamento è valido fino** : \_\_\_\_\_

Data .....

Firme componenti della Unità di Valutazione Multidimensionale : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

AZIENDA ULSS N. 10 "VENETO ORIENTALE" SERVIZIO DI: .....

..... , .....

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

SCUOLA .....

**DIAGNOSI FUNZIONALE**  
*Documento vincolato da segreto d'Ufficio*

---

ALLIEVO (COGNOME E NOME): ..... DATA DI NASCITA: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

M F

RESIDENTE A ..... VIA ..... N. ....

SCUOLA E CLASSE FREQUENTATA NELL'ANNO / : .....

---

**DIAGNOSI CLINICA**

DIAGNOSI .....  
.....  
.....





**PROFILO DINAMICO FUNZIONALE**

ISTITUZIONE SCOLASTICA .....

SEDE FREQUENTATA .....

DATA COMPILAZIONE .....

DATE AGGIORNAMENTI .....

COGNOME: ..... NOME .....

LUOGO DI NASCITA..... PROVINCIA .....

DATA DI NASCITA.....

RESIDENZA.....

Anno scolastico	Classe frequentata	Numero di ore di frequenza scolastica	Tipo di organizzazione della scuola (orario settimanale della classe)

Riferimenti alla CERTIFICAZIONE secondo l'art. 3 della legge 104/92

Data di emissione.....data di rinnovo o modifica.....

Referente ULSS .....

Codice e descrizione della diagnosi .....

.....

.....

ASSE COGNITIVO				
	Osservazione descrizione	Obiettivi	Strategie di intervento	Verifica
LIVELLO DI SVILUPPO COGNITIVO:	Lo sviluppo cognitivo globale è buono, medio, normale, nella bassa norma, disarmonico, con una caduta a livello verbale, di performance, altro. L'individuo presenta un ritardo mentale lieve, medio, grave	Consolidare Aumentare Valorizzare Superare Diminuire altro		In regressione Instabile In evoluzione Stabile Migliorato altro
STRATEGIE:	Aree di competenza privilegiate: verbo – acustica / prussica Sono presenti/non sono presenti disarmonie all'interno dei processi specifici	Consolidare Aumentare Valorizzare Superare Diminuire altro		In regressione Instabile In evoluzione Stabile Migliorato altro
USO IN MODO INTEGRATO DI COMPETENZE DIVERSE:	Sono presenti/non sono presenti disarmonie tra le competenze logico – verbali e le competenze logico – costruttivo e non verbali	Consolidare Aumentare Valorizzare Superare Diminuire altro		In regressione Instabile In evoluzione Stabile Migliorato altro

ASSE AFFETTIVO RELAZIONALE				
	Osservazione-descrizione	Obiettivi	Strategie di intervento	Verifica
AREA DEL SÈ	<p>L'autostima è: buona, problematica, altro</p> <p>L'adattamento alla minorazione è: adeguato, parziale, discreto, buono, altro (specificare rispetto ai diversi contesti di vita)</p> <p>Riguardo alle condizioni psicologiche l'individuo manifesta: timidezza, chiusura, ansia, depressione, inibizione, impulsività, serenità, apertura, altro</p>	<p>Consolidare</p> <p>Aumentare</p> <p>Valorizzare</p> <p>Superare</p> <p>Diminuire</p> <p>altro</p>		<p>In regressione</p> <p>Instabile</p> <p>In evoluzione</p> <p>Stabile</p> <p>Migliorato</p> <p>altro</p>
RAPPORTO CON GLI ALTRI	<p>Il rapporto con adulti e/o coetanei è:</p> <p>Adeguato/inadeguato, buono, discreto, instabile, inesistente, di passi-vità, di dipendenza, di leader, di gregario, altro.</p> <p>Il soggetto presenta modalità di interazione e mette in atto comportamenti specifici (indicare quali)</p>	<p>Comprendere</p> <p>e</p> <p>Diminuire</p> <p>Coinvolgere</p> <p>Sostenere</p> <p>Altro</p>		<p>In regressione</p> <p>Instabile</p> <p>In evoluzione</p> <p>Stabile</p> <p>Migliorato</p> <p>altro</p>
MOTIVAZIONE AL RAPPORTO	<p>Ricerca/non ricerca in modo spontaneo/su sollecitazione il rapporto con gli altri</p> <p>Rispetto ad attività spontanee, strutturate e ad apprendimenti specifici evidenza: rifiuto, interesse, disinteresse, motivazione alterna, altro</p> <p>Rispetto ad attività extra scolastiche (tempo libero) evidenza: rifiuto, interesse, disinteresse, motivazione alterna, altro</p>	<p>Valorizzare</p> <p>Incrementare</p> <p>Promuovere</p> <p>altro</p>		<p>In regressione</p> <p>Instabile</p> <p>In evoluzione</p> <p>Stabile</p> <p>Migliorato</p> <p>altro</p>

ASSE COMUNICAZIONALE				
	Osservazione- descrizione	Obiettivi	Strategie di intervento	Verifica
MEZZI PRIVILEGIATI:	La comunicazione avviene in prevalenza in forma: verbale, gestuale, ludica, corporea, iconica, figurativa, massmediale, ecc	Favorire Arricchire Potenziare Altro		Integrati Non integrati Armonici Disarmonici altro
CONTENUTI PREVALENTI:	I contenuti della comunicazione sono di tipo: ludico-amicale, fantastico, familiare, televisivo, informatico, scientifico, tecnologico, altro	Ampliare diversificare		Adeguate Inadeguate In evoluzione In regressione altro
CONTESTI IN CUI AVVIENE LA COMUNICAZIONE (con chi e in quale situazione)	Interagisce/non interagisce con: i compagni, gli insegnanti, i familiari, gli adulti Interagisce/non interagisce nel piccolo gruppo, nel grande gruppo, nel rapporto individuale Interagisce/non interagisce in modo spontaneo/su sollecitazione in un contesto strutturato E' capace/non è capace di usare i diversi mezzi di comunicazione per esprimere richieste, bisogni, informazioni, fantasticherie, interessi, sentimenti, emozioni, problemi	Arricchire diversificare		Adeguate Inadeguate In evoluzione In regressione altro
MODALITÀ DI INTERAZIONE:	Nella comunicazione sa/non sa utilizzare l'alternanza dei termini tra parlante e ascoltatore ( contatto oculare, verbale, ecc ) Risponde/non risponde alle chiamate dirette È capace/non è capace di utilizzare competenze in ordine alle varie funzioni della comunicazione	Consolidare Potenziare Integrare altro		Adeguate Inadeguate In evoluzione In regressione altro

ASSE LINGUISTICO				
	Osservazione – descrizione	Obiettivi	Strategie di intervento	Verifica
COMPRESIONE DEI MESSAGGI	<p>Comprende/non comprende a livello lessicale.</p> <p>Comprende/non comprende a livello morfologico</p> <p>Comprende/non comprende a livello sintattico: la parola-frase (olofrase), una frase di due parole (dirematica), una frase di tre parole (trirematica)</p> <p>Comprende/non comprende a livello semantico (parole, frasi)</p> <p>Comprende/non comprende a livello narrativo (discorso)</p> <p>Comprende/non comprende a livello pragmatico</p>	<p>Recuperare</p> <p>Potenziare</p> <p>Favorire</p> <p>Migliorare</p> <p>Integrare</p> <p>Altro</p>		<p>Adeguata</p> <p>Integrata nelle varie competenze</p> <p>Non integrata nelle varie competenze</p> <p>Disarmonica</p> <p>Altro</p>
PRODUZIONE VERBALE	<p>Produce/non produce correttamente a livello fonetico</p> <p>Produce/non produce correttamente a livello fonologico</p> <p>Produce/non produce correttamente a livello lessicale (codice adeguato, ristretto, stereotipato)</p> <p>Produce/non produce correttamente a livello morfologico</p> <p>Produce/non produce correttamente a livello sintattico: si esprime/non si esprime con la parola-frase (olofrase), si esprime/non si esprime con una frase di due parole (dirematica), si esprime/non si esprime con una frase di tre parole (trirematica)</p> <p>Produce/non produce correttamente a livello semantico</p> <p>Produce/non produce correttamente a livello narrativo</p> <p>Produce/non produce correttamente a livello pragmatico</p>	<p>Potenziare</p> <p>Migliorare</p> <p>Approfondire</p> <p>Integrare</p> <p>Altro</p>		<p>Adeguata</p> <p>Integrata nei vari aspetti</p> <p>Non integrata nei vari aspetti</p> <p>Disarmonica</p> <p>In evoluzione</p> <p>Stabile</p> <p>Altro</p>
USO COMUNICATIVO DEL LINGUAGGIO ORALE	<p>Nel contesto relazionale</p> <p>Nel contesto di apprendimento</p> <p>Nel contesto ludico</p>	<p>Consolidare</p> <p>Integrare</p>	<p>Favorire</p> <p>Altro</p>	<p>Adeguato</p> <p>Differenziato</p> <p>In evoluzione</p> <p>In regressione</p> <p>Altro</p>

USO INTEGRATO DEI MEZZI DI COMUNICAZIONE UTILIZZATI	Mimico-gestuale Espressivo-iconico Mass-mediale Sa/non sa trasferire messaggi da un medium a un altro: da scritto a grafico, da verbale a motorio, ecc.	Consolidare Integrare Potenziare Altro		Buono Carente Non equilibrato Altro
	E' capace/non è capace di utilizzare in modo integrato i diversi mezzi di comunicazione utilizzati	Consolidare Integrare Potenziare Altro		Buono Carente Non equilibrato Altro

ASSE MOTORIO - PRASSICO				
	Osservazione - descrizione	Obiettivi	Strategie di intervento	Verifica
<p>MOTRICITÀ GLOBALE</p> <p><i>Riguarda i movimenti ed i controlli posturali che coinvolgono i grandi gruppi muscolari: camminare, lanciare una palla, ecc.</i></p>	<p>Esegue/non esegue i movimenti con precisione e accuratezza</p> <p>Esegue/non esegue i movimenti con intensità e forza adeguate</p> <p>Dimostra/non dimostra resistenza nei movimenti eseguiti</p> <p>Coordina/non coordina con precisione, sincronia, in sequenza temporale, con velocità ed equilibrio</p>	<p>Migliorare</p> <p>Potenziare</p> <p>Favorire</p> <p>Altro</p>		<p>In evoluzione</p> <p>Stabile</p> <p>In regressione</p> <p>Altro</p>
<p>MOTRICITÀ FINE</p> <p><i>Riguarda i movimenti che coinvolgono i muscoli più piccoli: la precisione e i vari movimenti delle dita, l'articolazione dei suoni nel linguaggio, ecc</i></p>	<p>Esegue/non esegue i movimenti con precisione e accuratezza</p> <p>Esegue/non esegue i movimenti con intensità e forza adeguate</p> <p>Dimostra/non dimostra resistenza nei movimenti eseguiti</p> <p>Coordina/non coordina con precisione, sincronia, in sequenza temporale, con velocità ed equilibrio</p> <p>Esegue/non esegue una presa a pinza (afferra gli oggetti usando pollice/indice)</p>	<p>Migliorare</p> <p>Potenziare</p> <p>Favorire</p> <p>Mantenere</p> <p>Altro</p>		<p>In evoluzione</p> <p>Stabile</p> <p>In regressione</p> <p>Altro</p>
<p>PRASSIE SEMPLICI E COMPLESSE:</p> <p><i>Prassie semplici: esecuzione esatta, su richiesta, di un atto motorio noto composto da una sequenza di movimenti semplici e ordinati (abilità di manipolazione, semplici gesti abituali)</i></p> <p><i>Prassie complesse: insieme di più prassie che permettono l'esecuzione di un compito più elaborato</i></p>	<p>Sa/non sa manipolare</p> <p>Sa/non sa impugnare un pennello e usarlo</p> <p>Sa/non sa lavarsi le mani</p> <p>Sa/non sa abbottonarsi e sbottonarsi</p> <p>Sa/non sa aprire una porta con la chiave e richiuderla</p> <p>Sa/non sa allacciarsi le scarpe</p> <p>Riesce/non riesce a soffiarsi il naso</p> <p>Sa/non sa usare le forbici</p> <p>Sa/ non sa usare una squadra</p>	<p>Acquisire padronanza</p> <p>Potenziare</p> <p>Mantenere</p>	<p>Integrare</p> <p>Altro</p>	<p>Stabile</p> <p>Instabile</p> <p>In evoluzione</p> <p>Buone</p> <p>Migliorate</p> <p>Altro</p>

<p><i>(es. sul piano: scrittura; nello spazio</i></p>	<p>Sa/ non sa usare il compasso</p> <p>Sa/non sa ricopiare e/o riprodurre un disegno</p> <p>Sa/ non sa usare la strumentazione di laboratorio</p> <p>Sa/non sa impostare e programmare l'attività costruttiva nello spazio in modo: autonomo/non autonomo continuativo/non continuativo cosciente/non cosciente con un livello adeguato/ non adeguato di partecipazione</p>			
---	---	--	--	--

ASSE NEUROPSICOLOGICO				
	Osservazione- descrizione	Obiettivi	Strategie di intervento	Verifica
<p>CAPACITÀ MNESICHE:</p> <p>Memoria di riconoscimento: <i>capacità di riconoscere gli stimoli presenti.</i></p> <p>Memoria di ricostruzione: <i>capacità di costruire stimoli ex-novo</i></p> <p>MTB (<i>memoria a breve termine</i>). <i>Meccanismi attuali per ritenere una quantità limitata di informazioni per un breve periodo di tempo (pochi secondi)</i></p> <p>MLT (<i>memoria a lungo termine</i>) <i>meccanismi attuati per ritenere quantità più ampie di informazioni per un periodo di tempo indefinitamente lungo.</i></p>	<p>Il soggetto fa un uso in prevalenza di una memoria di tipo uditivo, verbale, temporale, motorio</p> <p>Il soggetto presenta/non presenta una memoria di riconoscimento e di ricostruzione, a BT e a LT buona, adeguata, carente, inadeguata, labile</p> <p>Rispetto alle strategie l'individuo: riesce/non riesce a trattenere le informazioni nella MBT per il tempo necessario a ultimare un compito</p> <p>Riesce/non riesce a recuperare le informazioni dalla MLT</p> <p>Utilizza/non utilizza strategie di metamemoria per trattenere e/o recuperare le informazioni</p>	<p>Migliorare</p> <p>Compensare</p> <p>Potenziare</p> <p>Integrare</p> <p>Altro</p>		<p>Stabile</p> <p>Instabile</p> <p>In evoluzione</p> <p>Buone</p> <p>Migliorate</p> <p>Altro</p>
<p>CAPACITÀ ATTENTIVE:</p> <p><i>Riguarda i movimenti che coinvolgono i muscoli più piccoli. La precisione e i vari movimenti delle dita, l'articolazione dei suoni nel linguaggio, ecc.</i></p>	<p>Rispetto alla durata dell'attenzione nell'esecuzione di un compito proposto, il soggetto:</p> <p>presta/non presta attenzione e si concentra per tempi adeguati (15-20 minuti-secondo la curva di attenzione) in una situazione di apprendimento nel gruppo classe.</p> <p>Presta/non presta attenzione e si concentra per tempi adeguati (15-20 minuti-secondo la curva di attenzione) in una situazione di apprendimento individuale</p> <p><u>Nota:</u> se possibile si devono specificare i tempi di attenzione in specifiche attività</p> <p>Rispetto alla modalità verbale, iconica, multimediale delle informazioni, l'individuo</p> <p>Segue/no segue il messaggio con attenzione</p> <p>Rispetto alla selettività</p>	<p>Migliorare</p> <p>Compensare</p> <p>Potenziare</p> <p>Integrare</p> <p>Altro</p>		<p>Stabile</p> <p>Instabile</p> <p>In evoluzione</p> <p>Buone</p> <p>Migliorate</p> <p>Altro</p>

	<p>l'individuo presta/non presta attenzione agli stimoli rilevanti opponendosi a quelli che non lo sono</p> <p>Rispetto alla capacità attentava l'individuo</p> <p>Sa/non sa elaborare stimoli diversi e vari aspetti di una situazione complessa</p>			
<p>ORGANIZZAZIONE SPAZIO - TEMPORALE:</p>	<p>Ha/non ha acquisito i prerequisiti topologici (sopra, sotto, alto, basso, destra, sinistra, davanti, dietro)</p> <p>Ha/non ha acquisito i prerequisiti temporali di contemporaneità e di durata (prima, adesso, dopo, ecc.)</p> <p>Riordina/non riordina eventi rispettando la sequenza temporale nella propria storia personale</p> <p>Riordina/non riordina eventi riguardanti il tempo passato non relativi alla storia personale (racconti, eventi storici) rispettandone la sequenza temporale</p> <p>Sa/non sa organizzare il proprio tempo</p> <p>Sa/non sa orientarsi nello spazio vissuto</p> <p>Sa/non sa organizzare lo spazio</p> <p>Sa/non sa orientarsi all'interno di uno spazio dato</p> <p>Sa/non sa orientarsi nello spazio rappresentato (mappa della classe, carta geografica)</p> <p>Sa/non sa dirigersi in modo adeguato seguendo indicazioni, vettori o direzioni</p> <p>Rispetto alla lateralità:  presenta una preferenza per la mano destra  presenta una manualità mista  presenta una preferenza per la mano sinistra</p> <p>È/non è stato contrastato</p> <p>Comprende/non comprende i rapporti causa effetto</p>	<p>Favorire</p> <p>Integrare</p> <p>Potenziare</p> <p>Sviluppare</p> <p>Altro</p>	<p>Integrare</p> <p>Altro</p>	<p>Assenti</p> <p>Scarsi</p> <p>In evoluzione</p> <p>In fase di apprendimento</p> <p>Adeguati</p> <p>Migliorati</p> <p>Altro</p>

ASSE SENSO PERCETTIVO				
	Osservazione- descrizione	Obiettivi	Strategie di intervento	Verifica
<p>FUNZIONALITÀ DEGLI ORGANI DI SENSO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. VISTA</li> <li>2. UDITO</li> <li>3. SISTEMA VESTIBOLARE</li> </ol> <p>Elabora informazioni sulle posizioni, gli spostamenti e serve a regolare il tono muscolare delle posture nei movimenti, per l'equilibrio del capo</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. OLFATTO</li> <li>5. GUSTO</li> <li>6. TATTO</li> <li>7. PROPRIOCEZIONE</li> </ol> <p>I recettori di muscoli, giunture e tendini inviano messaggi all'elaborazione percettiva centrale</p>	<p>Nella norma Inadeguata</p>			
<p>PERCEZIONE CENTRALE</p> <p>Le strutture cerebrali superiori integrano i dati provenienti dagli organi di senso per costruire un'immagine della realtà esterna sufficientemente rispondente al vero</p>	<p>Discrimina/non discrimina tra gli stimoli presentati</p>	<p>Favorire Sviluppare Potenziare Altro</p>		<p>Stabile Migliorato In evoluzione In regressione</p>
<p>PERCEZIONE DELLO SPAZIO E DEI RAPPORTI TEMPORALI</p>	<p>Discrimina/ non discrimina tra dx/sx; alto/basso;avanti/dietro; prima/dopo</p>	<p>Favorire Sviluppare Potenziare Altro</p>		<p>Stabile Migliorato In evoluzione In regressione</p>

ASSE DELL'AUTONOMIA				
	Osservazione - descrizione	Obiettivi	Strategie di intervento	Verifica
AUTONOMIA PERSONALE:	<p>É/non è autonomo nello svolgimento di attività legate alla quotidianità</p> <p>Ha non ha cura della propria persona</p>	<p>Favorire</p> <p>Potenziare</p> <p>Stimolare</p> <p>Integrare</p> <p>Altro</p>		<p>Adeguata</p> <p>Settoriale</p> <p>Inadeguata</p> <p>In evoluzione</p> <p>Migliorata</p> <p>Altro</p>
AUTONOMIA OPERATIVA SCOLASTICA	<p>Ha /non ha cura del materiale scolastico</p> <p>Pianifica ed esegue/non pianifica ed esegue le attività con/senza guida esterna</p>	<p>Favorire</p> <p>Potenziare</p> <p>Stimolare</p> <p>Integrare</p> <p>Altro</p>		<p>Adeguata</p> <p>Carente</p> <p>Inadeguata</p> <p>In evoluzione</p> <p>Migliorata</p> <p>Altro</p>
AUTONOMIA SOCIALE:	<p>Sa/non sa usare il telefono</p> <p>Sa/non sa usare l'orologio e gestire il tempo personale</p> <p>Sa/ non sa usare il denaro</p> <p>Conosce/non conosce gli spazi di vita</p> <p>Sa/non usare spazi e spostamenti</p> <p>Sa/non sa gestire la sicurezza personale</p> <p>Riguardo l'inserimento nel gruppo e il rispetto delle regole in ambito scolastico:</p> <p>Sa/non sa gestire le sue attività sintonizzandosi con il gruppo</p> <p>Percepisce/non percepisce le aspettative degli adulti e si sforza/non si sforza di adeguarsi ad esse</p> <p>Conosce/non conosce,comprende/non comprende e si adegua/non si adegua alle regole comunitarie</p> <p>Sa/non sa portare a termine compiti semplici/complessi che gli vengono affidati</p> <p>Sa/non sa muoversi nel gruppo rispetto ai messaggi verbali dati</p> <p>Sa /non sa gestire in modo autonomo l'incarico che gli viene affidato in un lavoro di gruppo</p> <p>Sa/non sa gestire situazioni problematiche</p> <p>Riguardo la partecipazione alle attività proposte dalla scuola individuali, di gruppo, di gruppo allargato:</p> <p>partecipa/non partecipa spontaneamente</p> <p>partecipa/non partecipa su sollecitazione</p> <p>partecipa/non partecipa attivamente</p> <p>É/non è propositivo</p>			<p>Adeguata</p> <p>Carente</p> <p>In evoluzione</p> <p>Migliorata</p> <p>Altro</p>

ASSE DELL'APPRENDIMENTO				
	Osservazione- descrizione	Obiettivi	Strategie di intervento	Verifica
ASPETTI COGNITIVI	<p>Le conoscenze generali sul funzionamento cognitivo (su come ricorda, impara, ecc) sono carenti, adeguate, buone, ecc.</p> <p>L'autoconsapevolezza e l'autovalutazione dei propri processi cognitivi (su quanto si distrae, su quanto si ricorda più facilmente certe informazioni..) è carente, adeguata, buona</p> <p>Usa/non usa strategie di autoregolazione cognitiva (esercita qualche forma di controllo sulle proprie prestazioni)</p>	Sviluppare Potenziare		Stabile In evoluzione Migliorato Altro
STILI COGNITIVI E MODALITÀ DI APPRENDIMENTO	<p>Lo stile di apprendimento è: sistematico (procede sequenzialmente per piccoli passi) intuitivo (fa ipotesi teoriche, poi cerca conferma) globale (privilegia le visioni generali d'insieme) analitico (si sofferma su singoli dettagli) impulsivo (fornisce subito risposte) riflessivo (valuta attentamente la situazione prima di rispondere) verbale (riesce meglio in attività basate sul codice linguistico) visivo (riesce meglio in attività basate sul codice visivo)</p>			
ATTEGGIAMENTO VERSO LA SCUOLA E LO STUDIO	<p>È/non è motivato al successo scolastico L'atteggiamento verso la scuola è positivo, rifiutante, altro Manifesta/non manifesta ansia scolastica (specificare in quali situazioni) Attribuisce i propri risultati all'abilità e all'impegno/li attribuisce alla fortuna, all'aiuto, alla facilità del compito</p>	Sviluppare Potenziare Valorizzare Diminuire Altro		In regressione Stabile In evoluzione Migliorato Altro
APPRENDIMENTI CURRICULARI:	Tali apprendimenti vengono esposti nello specifico dagli insegnanti	Consolidare Migliorare Integrare Sviluppare Altro		In regressione Instabili In evoluzione Stabili Migliorati Altro

IL PRESENTE PDF È STATO ELABORATO DA:

DOCENTI: .....

REFERENTI ULSS .....

FAMILIARI: .....

ALTRI OPERATORI SCOLASTICI ED EXTRASCOLASTICI .....

.....

Data \_\_\_\_\_

*Luogo* \_\_\_\_\_, *data* \_\_\_\_\_

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. \_\_\_\_\_

AL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI DELL'ULSS N. 10 – SAN DONÀ DI PIAVE

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ **padre/madre/tutore/ amm.sost.** di \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

frequentante nell'anno scolastico 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_

TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE E LOCALITÀ	ISTITUTO DI APPARTENENZA/ ENTE GESTORE	SEZIONE/ CLASSE/CORSO
Asilo Nido			
Scuola dell'infanzia			
Scuola primaria			
Scuola secondaria di 1° grado			
Scuola secondaria di 2° grado			

### CHIEDE

di poter ottenere l'assegnazione di un Operatore Socio Sanitario a favore del proprio/a figlio/a

\_\_\_\_\_

### IMPEGNANDOSI:

- 1) in caso di eccezionale necessità, a collaborare per l'assistenza dello stesso/a;
- 2) a comunicare telefonicamente e tempestivamente all'assistente sociale dell'U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile di competenza le eventuali assenze dell'allievo/a e la loro presumibile durata;
- 3) a comunicare per iscritto al direttore dell'U.O.C. di Neuropsichiatria infantile di competenza l'eventuale decisione di ritirare il proprio figlio dalla Scuola.

Nell'attesa di un cortese riscontro, porge distinti saluti.

IL PADRE/LA MADRE/IL TUTORE/AMM. DI SOSTEGNO

\_\_\_\_\_

Allegato: *Certificazione del Medico Responsabile del Centro riabilitativo*

AZIENDA ULSS N. 10 "VENETO ORIENTALE" SERVIZIO DI: \_\_\_\_\_

**PROPOSTA PER L'ASSEGNAZIONE DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO**  
(Redatta a cura del medico responsabile del centro riabilitativo)

Luogo..... , data .....

Anno Scolastico 20 \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

Allievo/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

frequentante nell'anno scolastico 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_

TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE E LOCALITÀ	ISTITUTO DI APPARTENENZA/ ENTE GESTORE	SEZIONE/ CLASSE/CORSO
Asilo Nido			
Scuola dell'infanzia			
Scuola primaria			
Scuola secondaria di 1° grado			
Scuola secondaria di 2° grado			

Sintesi diagnostica \_\_\_\_\_

Interventi riabilitativi in corso presso il Servizio di \_\_\_\_\_

Il/i giorno/i \_\_\_\_\_ con il seguente orario \_\_\_\_\_

Livello di autonomia (motoria-fisico-fisiologica) \_\_\_\_\_

Richiesta di interventi prioritari da parte dell'operatore socio sanitario \_\_\_\_\_

Proposta dei tempi di intervento:n.° ore giornaliere \_\_\_\_\_ *oppure* n.° ore settimanali \_\_\_\_\_L'alunno è: certificato  con rapporto individualizzato  o in gruppo 

**IL MEDICO SPECIALISTA** \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI PERSONALE PER L'ASSISTENZA SCOLASTICA**

PRESIDENZA DELLA SCUOLA .....

ALUNNO (COGNOME E NOME): ..... NATO IL ..... A .....

RESIDENTE A ..... IN VIA ..... N. .... TEL. ....

SCUOLA FREQUENTATA:  DELL'INFANZIA  PRIMARIA  SECONDARIA DI 1°GRADO

SECONDARIA DI 2°GRADO  ALTRO ..... CLASSE FREQUENTATA:

INDIRIZZO DELLA SCUOLA FREQUENTATA: ..... TEL. ....- .....

GIORNATE SETTIMANALI DI ATTIVITÀ SCOLASTICA: N.

RAPPORTO INSEGNANTE DI SOSTEGNO /ALLIEVO:  PARI A N. ORE  DI ATTIVITÀ SETTIMANALI.

NECESSITÀ DELLA PRESENZA DELL'OPERATORE DURANTE L'ATTIVITÀ DIDATTICA DELL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO:

SI  NO

LA CLASSE È COMPOSTA DA N.  ALLIEVI

E' PREVISTA LA COMPRESENZA DI INSEGNANTI:  SI  NO

SE SI, QUANTIFICARE INDICATIVAMENTE IL NUMERO MEDIO DI ORE SETTIMANALI: N.

ALUNNI CON DISABILITÀ NECESSITANTI DI ASSISTENZA SCOLASTICA PRESENTI NELLO STESSO PLESSO SCOLASTICO:

N.

NUMERO DEI COLLABORATORI SCOLASTICI CON INCARICO SPECIFICO DI ASSISTENZA AI DISABILI: N.

NUMERO DELLE CLASSI / SEZIONI NEL PLESSO: N.

INDICAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE EVENTUALMENTE PRESENTI: .....  
.....  
.....

DISPONIBILITÀ DI RISORSE ISTITUZIONALI DIVERSE: FAMILIARI:  .....  
VOLONTARIATO:  .....  
ALTRO:  .....

PROPOSTA DEI TEMPI DI INTERVENTO DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO:

<input type="checkbox"/> INTERA GIORNATA	PARI A N. ORE	<input type="checkbox"/> GIORNALIERE
<input type="checkbox"/> INTERA MATTINATA	PARI A N. ORE	<input type="checkbox"/> GIORNALIERE
<input type="checkbox"/> PART - TIME	PARI A N. ORE	<input type="checkbox"/> GIORNALIERE

DATA: .....

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

---

