



Allegato 1/A

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia
Direzione Generale Uff. VII
Via Fattori, 60 90146 Palermo Tel. 0916909216
e-mail: magentile.usrsicilia@gmail.com

UOC NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
Direzione
Presidio "Aiuto Materno" via Lancia di Brolo 10 Palermo
Tel. 0917035410 - fax 0917035409
e-mail: npidirezione@asppalermo.org



SCHEDA SEGNALAZIONE SOSPETTO DSA

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado
Via Ruggero Marturano, 77/79 – 90142 Palermo
Telefono 0916374806 – Fax 0916379151
Email: paic89900q@istruzione.it - paic89900q@pec.istruzione.it
Sito web: www.abbaalighieri.gov.it
Cod.Fisc.: 97239910827 Codice Univoco: UFGUKR

Modulo di invio all' UOS di NPIA Territoriale - AMBULATORIO DSA -
(da compilare solo nelle aree ritenute problematiche e inerenti le motivazioni dell'invio ai servizi specialistici)

Nome e Cognome alunno: _____ età _____

Scuola: _____ classe _____

Il minore frequenta regolarmente? [Si] [No] Ha cambiato classe negli ultimi anni? [Si] [No]

AREA LINGUISTICA E DELLA COMUNICAZIONE

Linguaggio verbale

Espressione _____

Comprensione _____

Letture

Decifrazione _____

Comprensione del testo _____

Scrittura

Grafia _____

Ortografia _____

Produzione scritta _____

AREA LOGICO-MATEMATICA

Calcolo mentale _____

Calcolo scritto _____

Risoluzione problemi _____

AREA COGNITIVA E METACOGNITIVA

Memoria _____

Attenzione _____

Autonomia esecutiva _____

AREA COMPORTAMENTALE E RELAZIONALE

Accettazione e rispetto delle regole _____

Oppositività _____

Relazioni con gli adulti significativi _____

Interazione nel gruppo classe _____

NOTE INTEGRATIVE

Interventi proposti ed effetti ottenuti (specificare tempi e metodologie utilizzate) _____

Richieste della scuola alla NPIA _____

Altre osservazioni _____

Data: _____

Gli Insegnanti

Il Dirigente scolastico

I Genitori (o chi ne fa le veci)

N.B. la presente scheda, debitamente compilata e sottoscritta dalla scuola e dalla famiglia per condivisione, va consegnata ai genitori che la faranno pervenire al medico dell'ambulatorio DSA della NPIA territoriale al momento della prima visita

N.B. Si raccomanda di allegare al modulo di invio anche la scheda di rilevazione e di intervento precoce completata dai docenti nelle parti ritenute problematiche e inerenti le motivazioni dell'invio ai servizi di NPIA evidenziando, oltre alle prove effettuate, anche gli interventi didattici attivati.

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il _____

acquisita cognizione della disciplina vigente e dei propri diritti a tutela della privacy, individuato il ben delimitato ed indispensabile ambito di comunicazione e diffusione dei dati che saranno raccolti o prodotti, preso atto dell'adozione di ogni cautela e salvaguardia della riservatezza di dette informazioni, esprime il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali che riguardano il proprio figlio, ivi compresi quelli strettamente sensibili ai fini assolutamente necessari (D. Lgs. 30-06-2003, n. 196)

Data _____

Firma del Genitore (o di chi ne fa le veci) _____