

Prot. n……………………….. data…………………………….

All’U.O.S

Servizio Età Evolutiva di Belluno

Tel. 0437 514970

                                                                                                         E-mail etaevolutiva.bl@aulss1.veneto.it

|  |
| --- |
| ***SEGNALAZIONE ALUNNO IN DIFFICOLTA’***  (ART 5.1 ACCORDO DI PROGRAMMA) |

Si segnala a codesto servizio dell’A.ULSS l’alunno/a sottoindicato per gli approfondimenti di competenza

|  |
| --- |
| Cognome Nome  luogo di nascita data  indirizzo/residenza telef |

***PARTE PRIMA***

L’alunno/a frequenta

* ***Scuola dell’Infanzia*** (denom. e indirizzo)

sezione relativa agli anni: 3□ 4□ 5□ Mista□ per ore settimanali con presenza a mensa SI□ NO□

* ***Scuola Primaria*** (denom. e indirizzo del plesso)

classe sez. per ore settimanali con n. rientri pomeridiani

□ classe **a tempo pieno** con presenza a mensa SI□ NO□

* ***Scuola Secondaria di I grado*** (denom. e indirizzo del plesso)

classe sez. □ classe con orario mattutino sino alle ore □con n. rientri pomeridiani

□ classe **a tempo pieno** con presenza a mensa SI□ NO□

* ***Scuola Secondaria di II grado*** (denom. e indirizzo del plesso)

classe sez. per ore settimanali □ con n. rientri pomeridiani n.

eventuale indirizzo frequentato

***Modalità di frequenza:***

|  |
| --- |
| **Motivazione sintetica dell’invio**  *per cui si richiede la collaborazione dell’Azienda U.L.S.S.* |
|  |

**DATI RISERVATI EMERSI DALLE OSSERVAZIONI DELLA SCUOLA**

*(da compilarsi a cura degli insegnanti dell’alunno)*

|  |
| --- |
| **AUTONOMIA PERSONALE E SOCIALE**  *(Deambulazione, uso dei servizi igienici, cura della persona, alimentazione. Iniziative personali rispetto a spazi, strumenti, tempi, libere attività, ……)* |
|  |

|  |
| --- |
| **ASPETTI COGNITIVI**  *(Competenze senso/percettive e motorie, espressive, di orientamento spazio/temporali,*  *linguistiche, logico/matematiche ……)* |
|  |

|  |
| --- |
| **ASPETTI RELAZIONALI E COMPORTAMENTALI**  *(Atteggiamenti e comportamenti con i coetanei e con gli adulti. Motivazione, interesse rispetto*  *alle attività, ……)* |
|  |

|  |
| --- |
| **ALTRI ASPETTI SIGNIFICATIVI RILEVANTI** |
|  |

Il docente referente

***I docenti dell’alunno/a***

***……..***

**Il Dirigente Scolastico**

**I genitori dell’alunno**

(o di chi ne esercita la patria potestà)

(padre)

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

(madre)

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

data