 

**Ministero dell’Istruzione, dell’Università edella Ricerca UOC NEUROPSICHIATRIA DELL’INFANZIA E DELL’ADOLESCENZA**

**Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia Direzione**

**Direzione Generale Uff. VII Presidio “Aiuto Materno “ via Lancia di Brolo 10 Palermo**

**Via Fattori,60 90146 Palermo Tel. 0916909216 Tel. 0917035410 - fax 0917035409**

**e- mail** [**: magentile.usrsicilia@gmail.com**](mailto:magentile.usrsicilia@gmail.com) **e-mail :** [**npiadirezione@asppalermo.org**](mailto:npiadirezione@asppalermo.org)

**SCHEDA SEGNALAZIONE SOSPETTO DSA**

Istituzione scolastica **I.I.S.S. “Francesco Ferrara” - Palermo**

**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

**Lettura**

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:

## Il CdC 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 NPIAi evidenziando, oltre alle prove effettuate, anche gli interventi didattici attivati.***

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

Data

**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