

via Flavio Gioia n. 1, Acerra

Direttore: Dott. P. Bove

☎ 081-3196642/43

✉ [distretto46@aslnapoli2nord.it](mailto:distretto46@aslnapoli2nord.it)

✉ [distretto46@pec.aslnapoli2nord.it](mailto:distretto46@pec.aslnapoli2nord.it)



Sede Legale: Via Lupoli,27 - 80027 Frattamaggiore (NA) Partita IVA 06321661214 – Codice Fiscale 96024110635

Mod. Integr. 02

UNITA' OPERATIVA MATERNO-INFANTILE – Tel. 0813196648

UNITA' MULTIDISCIPLINARE PER L'INTEGRAZIONE DEGLI ALUNNI  
DIVERSAMENTE ABILI

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ALUNNO IN CONDIZIONE DI  
DISABILITA'**

Prot N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Alunno \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

N°alunni inseriti nella classe \_\_\_\_\_ Insegnanti \_\_\_\_\_

MOTIVO PER CUI SI RICHIEDE L'INTERVENTO \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SULLA CLASSE – SULLA SCUOLA - CONTESTO VITA**

In quale banco e fila siede l'alunno? \_\_\_\_\_

Sta nel banco da solo o con un compagno? \_\_\_\_\_

Ha amici personali in classe? \_\_\_\_\_

Partecipa ai lavori di gruppo? \_\_\_\_\_

L'alunno partecipa ad attività integrative o di recupero? \_\_\_\_\_

Quali? \_\_\_\_\_

In quali spazi e tempi? \_\_\_\_\_

Un insegnante di sostegno interviene già con l'alunno? \_\_\_\_\_

Quando: \_\_\_\_\_

quotidianamente  saltuariamente  per n° ore al giorno \_\_\_\_\_

Come: \_\_\_\_\_

in rapporto individuale  in gruppo con altri alunni segnalati/certificati?

Dove: \_\_\_\_\_

in classe  fuori dalla classe  in laboratorio  in palestra

Esistono servizi pubblici o privati coinvolti nel trattamento dell'alunno?

Se si quali? \_\_\_\_\_

La famiglia garantisce un doposcuola privato? \_\_\_\_\_

I contatti tra scuola e famiglia sono frequenti? \_\_\_\_\_

Quali sentimenti l'alunno le suscita(es. rabbia, impotenza, tenerezza ,tristezza,senso di protezione,ecc.)

A chi ha chiesto la collaborazione nel suo lavoro con l'alunno?\_

Quali attività condivide con l'alunno durante il suo lavoro?\_

### ABILITA' COGNITIVE

Attenzione: \_\_\_\_\_

Memoria: \_\_\_\_\_

Comprensione: \_\_\_\_\_

Seriazione: \_\_\_\_\_

Classificazione: \_\_\_\_\_

Astrazione: \_\_\_\_\_

### ABILITA' COMUNICATIVE

Comprensione del linguaggio verbale: \_\_\_\_\_

Espressione: \_\_\_\_\_

Linguaggio non verbale: \_\_\_\_\_

### ABILITA' INTERPERSONALI – SOCIALI

Recettività emotiva: \_\_\_\_\_

Comportamento: \_\_\_\_\_

Rapporto con gli altri: \_\_\_\_\_

### ABILITA' MOTORIE E PERCETTIVE

Movimento e posture: \_\_\_\_\_

Abilità grosso-motorie: \_\_\_\_\_

Motricità fine: \_\_\_\_\_

Schema corporeo: \_\_\_\_\_

Lateraltà – dominanza: \_\_\_\_\_

Rappresentazione spazio –temporale: \_\_\_\_\_

### FUNZIONALITA' ORGANI DI SENSO

Vista: \_\_\_\_\_

Udito: \_\_\_\_\_

Fatto:

## **GIOCO E ABILITA' ESPRESSIVE**

Interazione con gli oggetti: \_\_\_\_\_

Giochi con regole: \_\_\_\_\_

Esplorazione e creatività: \_\_\_\_\_

Espressione grafo- pittorica: \_\_\_\_\_

## **AUTONOMIA PERSONALE**

Controllo sfinteri: \_\_\_\_\_

Alimentazione : \_\_\_\_\_

Igiene personale: \_\_\_\_\_

## **AUTONOMIA SOCIALE**

Scuola: \_\_\_\_\_

Famiglia: \_\_\_\_\_

Abilità sociali (uso del tel. orologio, serv. pubblici,ecc.) \_\_\_\_\_

## **LIVELLO DI APPRENDIMENTO RAGGIUNTO**

Letto-scrittura: \_\_\_\_\_

Calcolo: \_\_\_\_\_

Cultura generale(storia,geografia,ecc.): \_\_\_\_\_

## **VALUTAZIONE GLOBALE --- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLE STRATEGIE EDUCATIVE E DIDATTICHE**

**INSEGANTI**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DIREZIONE DIDATTICA.....

SCUOLA MEDIA STATALE.....

ISTITUTO STATALE.....

## **RICHIESTA DI VALUTAZIONE UDM – ASL NA2 NORD**

IL SOTTOSCRITTO\*.....

GENITORE DEL MINORE.....

NATO A..... IL.....

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

TEL..... FREQUENTANTE LA SCUOLA..... CLASSE.....

### **ACCONSENTE**

Alla richiesta della scuola affinché il proprio figlio venga sottoposto ad una valutazione psico-diagnostica, previa prescrizione specialistica da parte del Medico di medicina Generale e/o Pediatra.

DATA.....

FIRMA.....

FIRMA.....

C.I.....

C.I.....

**\*IN CASO DI SEPARAZIONE È OBBLIGATORIO IL CONSENSO DI AMBO I GENITORI**