

LOGO
REGIONALE
Azienda

DIAGNOSI FUNZIONALE

ai sensi art. 3 Legge 104/92

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente Via _____ N° _____

Comune _____ Provincia _____

CODICE FISCALE _____

Anno Scolastico _____

AREA MOTORIA

AREA SENSORIALE

AREA COGNITIVA

**AREA APPRENDIMENTI:
LETTURA/SCRITTURA/CALCOLO**

AREA LINGUISTICO/COMUNICATIVA

AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE

AREA AUTONOMIA PERSONALE E SOCIALE

GRADO DI COMPROMISSIONE FUNZIONALE DELLE AREE

	Nessuno	LIEVE	MEDIO	GRAVE
MOTORIA				
SENSORIALE				
COGNITIVA				
APPRENDIMENTI				
LINGUISTICO/COMUNICATIVA				
AFFETTIVO/RELAZIONALE				
AUTONOMIA PERSONALE				
AUTONOMIA SOCIALE				

PROPOSTA DI RISORSE PER L'INTEGRAZIONE

- ☐ docente di sostegno
- ☐ supporto educativo - assistenziale (educatore EL)
- ☐ supporto assistenziale di base (collaboratore scolastico)
- ☐ supporto / progetti specifici : _____

- ☐ ausili per _____
- ☐ altro _____

Operatore Referente del caso

Cognome e Nome _____

Professionalità _____

Recapito tel. _____

Firma _____

Luogo _____

Data _____

NB: la presente Diagnosi Funzionale è rilasciata dal referente del caso della Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza dell'AUSL di

Salvo diversa indicazione entro l'inizio dell'anno scolastico, esso va considerato automaticamente rinnovato per tutti gli anni dello stesso grado scolastico