



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 : npiadirezione@asppalermo.org

## SCHEDA SEGNALAZIONE SOSPETTO DSA

Istituzione scolastica \_\_\_\_\_

**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) \_\_\_\_\_