



PRESIDIO OSPEDALIERO-OSPEDALE DI MACERATA

MACROAREA TERRITORIALE

PRESIDIO OSPEDALIERO-OSPEDALE DI MACERATA

MACROAREA TERRITORIALE

**UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

*Direttore f.f. Dr. Maurizio Pincherle*

**UOS UNITA' MULTIDISCIPLINARE ETA' EVOLUTIVA AV 3**

*Responsabile Dott.ssa Stefania Francioni*

Spett.li DIRIGENTI SCOLASTICI

SEDI

OGGETTO: scheda per invio a valutazione dell'UMEE – AREA VASTA 3- ASUR MARCHE.

Allo scopo di elaborare una razionalizzazione delle liste di attesa, si chiede alle SS.LL. la cortesia di far provvedere alla compilazione da parte degli insegnanti della scheda in allegato da consegnare ai genitori dell'alunno/a in oggetto che dovranno poi recapitare all'UMEE.

Ringraziando per la collaborazione, si porgono distinti saluti.

Macerata 22-10-2018

Dr. Maurizio Pincherle  
Direttore F.F. OUC NPI AV3

Dr.ssa Stefania Francioni  
Dirigente responsabile UMEE AV3

ISTITUZIONE SCOLASTICA

All' UMEE di \_\_\_\_\_

AREA VASTA 3-ASUR-MARCHE

1. QUADRO DI RIFERIMENTO

NOMINATIVO	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
*se straniero DA QUANTO TEMPO IN ITALIA	

2. INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA

ORDINE DI SCUOLA FREQUENTATO	<input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia <input type="checkbox"/> Scuola Primaria <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di I Grado <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di II Grado		
		Numero alunni	
HA RIPETUTO LA/E CLASSE/I	<input type="checkbox"/> * elencare <input type="checkbox"/> la classe corrente		
TEMPO SCUOLA	<input type="checkbox"/> tempo a modulo / normale <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo prolungato <input type="checkbox"/> rientri pomeridiani (specificare il numero)		

**3. DESCRIZIONE SINTETICA**  
*(compilare tutti i campi)*

	Problematiche Rilevate	Punti di Forza
<p><b>AREA COGNITIVA / NEUROPSICOLOGICA</b>                      (Attenzione, Memoria, Logica)</p>		
<p><b>AREA AFFETTIVO / RELAZIONALE</b> (Autostima, Rapporto con gli altri, Comportamento)</p>		
<p><b>AREA MOTORIO / PRASSICA</b></p>		
<p><b>AREA LINGUISTICO / COMUNICAZIONALE</b>                      (Comprensione, Produzione)</p>		
<p><b>AREA AUTONOMIA</b> (Personale, Sociale, Didattica)</p>		
<p><b>AREA APPRENDIMENTI</b>                      (Lettura, Scrittura, Calcolo/Problem-Solving)</p>		

**4. SONO STATI COINVOLTI ALTRI CENTRI/OPERATORI SANITARI?** *(se SI, specificare nominativo, qualifica operatori e data)*

---



---

