**A) RELAZIONE PROBLEMATICHE EMERSE PER SEGNALAZIONE ALLA FAMIGLIA**

Prot.N………….. Data…………………..

Gli insegnanti della Scuola…………………………………………………………………………….

❑ Asilo Nido Comune di ………………………….....

❑ Scuola dell’Infanzia classe …… sez …… Comune di …………………………….

❑ Scuola Primaria classe …… sez …… Comune di …………………………......

❑ Scuola Secondaria di I grado classe …… sez …… Comune di ………………………….....

❑ Scuola Secondaria di II grado classe …… sez …… Comune di ……………………………..

Comunicano che l’alunno/a

**Cognome**…………………………………… **Nome**…………………………………………………

Nato/a a…………………………………….. prov………………. il…………………………………

Residente a ………………………………… prov………………..

In via/piazza …………………………………………............. N…………… Cap…………………..

Presenta:

**Livello didattico e di apprendimento**………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Capacità linguistiche**…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Comportamenti**……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Capacità affettive e relazionali**………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Abilità e autonomia psicomotoria**…………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Comunicano altresì di aver attivato i seguenti interventi**

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Con i seguenti risultati**

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Pertanto ritengono importante, ai fini dell’integrazione scolastica e per la realizzazione del diritto allo studio e la facilitazione del successo formativo, approfondimenti specialistici presso

**L’ U.O.S. di Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva della ASL/RMG**

del Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Insegnanti ………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

Data………………………..Visto del Capo di Istituto………………………………………………..