

RICHIESTA DI VALUTAZIONE PER ALUNNO CON SOSPETTO DISTURBO SPECIFICO DI APPRENDIMENTO

(da compilarsi a cura degli operatori scolastici e da trasmettere all'ASL/Azienda Ospedaliera a cura del Dirigente Scolastico)

SCUOLA

.....

CLASSE

.....

INSEGNANTI

.....

MATERIA.....

Il.minore.....

Nato a il

E residente a

Tel.....

Esplicitare quali motivazioni hanno portato alla segnalazione:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Strumenti utilizzati (verifiche, test oggettivi, prove di vario genere

.....
.....
.....
.....

Risultati ottenuti

LETTURA:

Velocità.....

Correttezza.....

Comprensione.....

SCRITTURA:

Tipologia di errori

.....

Grafia

.....

MATEMATICA:

Abilità di Calcolo

.....

Nel caso di utilizzo di strumenti standardizzati l'alunno è stato valutato tramite

le seguenti **PROVE** o strumenti.....

(indicare in modo CHIARO tipo di prova effettuata e CRITERI di RIFERIMENTO per classe/età)

Nelle prove effettuate ha ottenuto i seguenti punteggi o livelli:

LETTURA

Velocità

Correttezza

Comprensione.....su totale.....

- Altro (specificare)-----

SCRITTURA

Numero di errori

Grafia

- Altro (specificare)-----

MATEMATICA

Abilità di Calcolo

- Altro (specificare)-----

Tali punteggi o livelli sono nettamente inferiori rispetto a quelli attesi per età o classe frequentata (es. prove MT: criteri Richiesta di Attenzione e di Intervento Immediato)

PERTANTO:

ESSENDO EVIDENTE UNA CHIARA DISCREPANZA TRA

- APPRENDIMENTO GENERALE
(emerso dal rendimento globale dell'alunno)
- E ABILITA' STRUMENTALI DI BASE (emerse dalle prove effettuate)

Dopo aver acquisito il consenso scritto degli esercenti la patria potestà, che si allega al presente documento,

si richiede

la valutazione clinica per sospetto disturbo specifico dell'apprendimento

Data.....

Firme dei docenti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof. Giacomo VITALE)