|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Periodo di riferimento:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **Relazione:** | | Scegliere un elemento. | | | | |
| * DATI ALUNNA/O | | | | | | |
| **Nome:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **Nata/o a:** | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | **il:** | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | |
| **Residente a:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| Municipio  *(se Comune di Roma)* | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| * DATI SCOLASTICI | | | | | | |
| **Istituzione scolastica/formativa meccanografico principale:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| Istituzione scolastica/formativa denominazione **ente principale:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| Istituzione scolastica/formativa denominazione **ente frequenza:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **Ciclo di frequenza:** | | Scegliere un elemento. | | | | |
| **Classe di frequenza:** | | Scegliere un elemento. | | | | |
| * DATI PROGETTO TERAPEUTICO | | | | | | |
| **Diagnosi effettuata presso:** | | ☐ TSMREE | | | | |
|  | | ☐ Centro Specialistico:  Scegliere un elemento. | | | | Specificare:  Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
|  | | | | | | |
| **Diagnosi Primaria secondo ICD 10:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **CODICI:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **Diagnosi Secondaria (Comorbidità) secondo ICD 10:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **CODICI:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| * INTERVENTO RIABILITATIVO C.A.A | | | | | | |
| **Intervento riabilitativo C.A.A. *erogato da:*** | | TSMREE | | | | |
|  | | ☐ Centro Accreditato | | | Specificare:  Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | |
|  | | Centro Specialistico | | | Specificare:  Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | |
|  | | Altro | | | Specificare:  Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | |
| **Intervento riabilitativo in corso** | | **Dal:** | | | **Al:** | |
| **Frequenza dell’intervento**: | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **Tipologia di intervento:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **Referente del caso:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| * PROFILO DI FUNZIONAMENTO | | | | | | |
| **QI Non Verbale:** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.  ***(VN. 100± 15; medio inferiore 85******± 15; deficitario <70)*** | | | | | | |
| **Aree di Funzionamento Adattivo:** Scegliere un elemento. | | | | | | |
| **Lateralità:** | | Scegliere un elemento. | | | | |
| **Abilità Visive** - *Uso di lenti correttive* | | Scegliere un elemento. | | | | |
| **Abilità Visuospaziali:** VMI: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.  ***(V.n. 10 ± 3. Fragilità 7-5. Difficoltà rilevante <4)*** | | | | | | |
| **Capacità Attentive:** | | Scegliere un elemento. | | | | |
| **Comprensione verbale:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **Produzione verbale:** | | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **Pregresso Uso della CAA fuori dal contesto scolastico:** | | Scegliere un elemento. | | | | |
| **Pregresso Uso della CAA in ambito Scolastico/formativo:** | | Scegliere un elemento. | | | | |
| **Metodo utilizzato e/o da utilizzare:** | | Specificare:  Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **Risultati ottenuti:** | | Specificare:  Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **Obiettivi:** | | Specificare:  Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |
| **Tipologia di operatore necessario:** | | Specificare:  Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | | |

Data Firma ASL/TSMREEW