|  |  |
| --- | --- |
| **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