

Prot. n.....

data.....

All'Azienda U.L.S.S. n. 1  
Servizio Territoriale età evolutiva  
di Belluno  
Tel. 0437 30100  
Fax 0437 932102

**SEGNALAZIONE ALUNNO IN DIFFICOLTA'**  
(ART 5.1 ACCORDO DI PROGRAMMA)

Si segnala a codesto servizio dell'A.ULSS l'alunno/a sottoindicato per gli approfondimenti di competenza

Cognome	Nome
luogo di nascita	data
indirizzo/residenza	telef

**PARTE PRIMA**

L'alunno/a frequenta

- **Scuola dell'Infanzia** (denom. e indirizzo)

sezione relativa agli anni: 3  4  5  Mista  per ore settimanali \_\_\_\_\_ con presenza a mensa SI  NO

- **Scuola Primaria** (denom. e indirizzo del plesso)

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ per ore settimanali \_\_\_\_\_ con n. rientri pomeridiani \_\_\_\_\_

classe a tempo pieno con presenza a mensa SI  NO

- **Scuola Secondaria di I grado** (denom. e indirizzo del plesso)

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  classe con orario mattutino sino alle ore \_\_\_\_\_  con n. rientri pomeridiani \_\_\_\_\_

classe a tempo pieno con presenza a mensa SI  NO

- **Scuola Secondaria di II grado** (denom. e indirizzo del plesso)

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ per ore settimanali \_\_\_\_\_  con n. rientri pomeridiani n. \_\_\_\_\_

eventuale indirizzo frequentato \_\_\_\_\_

**Modalità di frequenza:** \_\_\_\_\_

**Motivazione sintetica dell'invio**  
per cui si richiede la collaborazione dell'Azienda U.L.S.S.

**DATI RISERVATI EMERSI DALLE OSSERVAZIONI DELLA SCUOLA**  
*(da compilarsi a cura degli insegnanti dell'alunno)*

**AUTONOMIA PERSONALE E SOCIALE**

*(Deambulazione, uso dei servizi igienici, cura della persona, alimentazione. Iniziative personali rispetto a spazi, strumenti, tempi, libere attività, .....)*

**ASPETTI COGNITIVI**

*(Competenze senso/percettive e motorie, espressive, di orientamento spazio/temporali, linguistiche, logico/matematiche .....)*

**ASPETTI RELAZIONALI E COMPORTAMENTALI**

*(Atteggiamenti e comportamenti con i coetanei e con gli adulti. Motivazione, interesse rispetto alle attività, .....)*

**ALTRI ASPETTI SIGNIFICATIVI RILEVANTI**

Il docente referente

*I docenti dell'alunno/a*

**Il Dirigente Scolastico**

---

**I genitori dell'alunno**

(o di chi ne esercita la patria potestà)

(padre)

---

(madre)

---

data