

Allegato 1

ASL _____

TSMREE – Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva

Relazione sintetica sull'uso della Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) ai fini dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità nella comprensione e nella produzione del linguaggio.

(Relazione da allegare al CIS - Certificato di Integrazione Scolastica con specifica richiesta del servizio assistenza CAA)

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 <i>(se Comune di Roma)</i>	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:	<input type="checkbox"/> TSMREE	
	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> TSMREE	
	<input type="checkbox"/> Centro Accreditato	Specificare: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.
	<input type="checkbox"/> Centro Specialistico	Specificare: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.
	<input type="checkbox"/> 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.	
Lateraltà:	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