

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA DI ORIENTAMENTO

Ai sensi dell'art. 25 della Legge sull'orientamento degli alunni con necessità particolari (Gazzetta ufficiale della RS, n. 58/11, 40/12 - ZUJF, 90/12, 41/17 - ZOPOPP e 200/20 - ZOOMTVI; di seguito ZUOPP-1) si inoltra la presente richiesta di attivazione della procedura di orientamento degli alunni con necessità particolari, sulla base della documentazione in allegato.

1. Dati

a) del richiedente, se persona fisica (i punti a e b si escludono a vicenda)

Nome	
Cognome	
Cerchiare	a) madre b) padre c) minorenni o maggiorenni* d) tutore legale e) affidatario (con delega, v. pag. 5 del presente documento)

b) del richiedente, se persona giuridica (i punti a e b si escludono a vicenda)

Denominazione della persona giuridica	
Indirizzo (via, numero civico)	
Posta e CAP	
Persona responsabile	
Persona di contatto	
Numero di telefono	
Posta elettronica	

2. Dati del bambino, del minorenni o del maggiorenni

Nome	
Cognome	
Sesso	
CAUC	
Data di nascita	
Luogo e stato di nascita	
Cittadinanza	
Residenza	
Posta e CAP	
Comune	

Residenza temporanea	
Posta e CAP	

Comune	
--------	--

*Inserite i rispettivi dati se alla voce 1a avete cerchiato il punto c (minorenne o persona maggiorenne)

Numero di telefono	
Posta elettronica	

3. Dati relativi ai genitori

madre (obbligatorio*)	
Nome	
Cognome	
CAUC	
Residenza	
Posta e CAP	
Numero di telefono	
Posta elettronica	

*Tranne nei casi in cui il richiedente è maggiorenne

padre (obbligatorio*)	
Nome	
Cognome	
CAUC	
Residenza	
Posta e CAP	
Numero di telefono	
Posta elettronica	

*Tranne nei casi in cui il richiedente è maggiorenne

4. Dati relativi ai genitori affidatari

*Da compilare solo nel caso in cui i genitori affidatari non siano stati nominati anche come tutori legali.

Nome	
Cognome	
Residenza	
Posta e CAP	
Numero di telefono	
Posta elettronica	

5. Dati relativi al tutore legale (persona giuridica o fisica)

*Da compilare nel caso in cui il tutore legale non coincide con una delle persone di cui al punto 3.

Nome	
Cognome	
Denominazione persona giuridica	
Indirizzo (via, n. civico)	

Posta e CAP	
Numero di telefono	
Posta elettronica	

6. Istituzione presso la quale si svolge il percorso di istruzione e formazione:

Denominazione _____

Indirizzo _____

Indicazioni relative a cambiamenti di livello di programma nell'anno scolastico successivo:

Denominazione _____

Indirizzo _____

Programma, se relativo a scuola media _____

7. Tipologia del deficit (disturbo) (cerchiare le voci di corrispondenza):

- a) disturbo nello sviluppo intellettivo
- b) non vedente, ipovedente o con altre difficoltà legate alla funzionalità della vista
- c) sordo o audioleso
- d) disturbo del linguaggio e della pronuncia
- e) disabilità motorie
- f) malattia a lungo decorso
- g) deficit specifici di apprendimento
- h) disturbo dello spettro autistico
- i) disturbo dell'emotività e del comportamento

8. Descrizione delle difficoltà:

9. Forme di sostegno attivate dall'istituto scolastico:

10. Proposte del richiedente in relazione al supporto destinato all'alunno (programma, materiali di sostegno, adattamenti, sostegno professionale aggiuntivo, interprete del linguaggio dei segni, altro):

11. Istituzioni che si sono occupate del trattamento dell'alunno (centri di salute mentale, medici di base, centri di consulenza, ambulatori, case della sanità, ospedali, altro):

1.

Denominazione ente	
Nome e cognome dell'esaminante	
Competenze specialistiche	
Data dell'ultimo consulto	
Trattamento tuttora in corso	SÌ NO

2.

Denominazione ente	
Nome e cognome dell'esaminante	
Competenze specialistiche	
Data dell'ultimo consulto	
Trattamento tuttora in corso	SÌ NO

3.

Denominazione ente	
Nome e cognome dell'esaminante	
Competenze specialistiche	
Data dell'ultimo consulto	
Trattamento tuttora in corso	SÌ NO

* Se il numero di istituzioni è maggiore di tre, i dati vanno inseriti in forma di allegato così come richiesto in questo modulo.

12. Medico di base _____
con sede presso _____

10. Osservazioni/informazioni rilevanti:

Ai sensi del primo e terzo comma dell'art. 26 della ZUOPP-1, il richiedente ha l'obbligo di allegare alla presente richiesta tutta la documentazione specialistica del caso (cerchiare):

1.
 - a) Relazioni mediche
 - b) Relazioni dello psicologo
 - c) Relazioni del pedagogista speciale
 - d) Relazioni dei servizi sociali
 - e) Altre relazioni a supporto delle necessità del bambino

2. **RELAZIONE DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA** frequentata dall'alunno, dalla quale risulta che gli è stato garantito un supporto continuato.

3. **BREVE VERBALE DEL COLLOQUIO CON L'ALUNNO AI FINI DELL'ORIENTAMENTO**, salvo nei casi particolari in cui, a causa dell'età dell'alunno o di difficoltà legate a circostanze specifiche, il colloquio non sia stato svolto.

Ai sensi del secondo comma dell'art. 26 della ZUOPP-1V, l'Istituto dell'educazione della RS ha facoltà di acquisire la documentazione specialistica dello psicologo o del medico, previo consenso dei genitori. Il consenso non è richiesto se ad avanzare la richiesta sono i genitori, il tutore legale o una persona maggiorenne.

Firma del richiedente:

oppure

Firma e timbro del responsabile (se il richiedente è una persona giuridica):

Luogo e data: _____

Dichiarazione e firma dei genitori del minore o del maggiorenne (se non risultano tra i richiedenti):

Ai sensi del secondo comma dell'art. 26 della ZUOPP-1V, concedo il mio consenso affinché l'Istituto dell'educazione della RS possa acquisire la documentazione specialistica dello psicologo o del medico.

Firma: _____

Con la presente confermo altresì di aver ricevuto copia della richiesta, che sarà inoltrata all'Istituto dell'educazione della RS dalla scuola o dal centro per l'assistenza sociale:

Firma: _____

Delega relativa alla Richiesta di attivazione della procedura di orientamento:

Ai sensi dell'art. 25 della ZUOPP-1 io sottoscritto/a _____
delego _____ (nome e cognome

_____ a presentare a mio nome

(nome e cognome) la Richiesta di attivazione della procedura di orientamento.

Firma: _____