

# 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 e 90/12 – ZUOPP1; di seguito ZUOPP-1) il sottoscritto inoltra la richiesta di attivazione della procedura di orientamento degli alunni con necessità particolari sulla base della documentazione in allegato.

## 1. Dati del richiedente

### a) Persona fisica

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Rapporto di parentela \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_  
N. cellulare \_\_\_\_\_  
Ind. di posta elettr. \_\_\_\_\_

### b) Persona giuridica

Denominazione persona giuridica: \_\_\_\_\_  
Indirizzo (via, n. civico, luogo) \_\_\_\_\_  
Generalità contatto \_\_\_\_\_  
N. di telefono \_\_\_\_\_  
Ind. di posta elettr. \_\_\_\_\_

## 2. Dati del bambino, del minorenne o del maggiorenne (se diversi da quello del richiedente)

Nome e cognome: \_\_\_\_\_  
Sesso: M F (cerchiare)  
Data di nascita, luogo e stato \_\_\_\_\_  
CAUC \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_  
  
Residenza \_\_\_\_\_  
Posta e CAP \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_  
  
Indirizzo residenza temporanea \_\_\_\_\_  
Posta e CAP \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_

### 3. Dati relativi ai genitori

#### Madre

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
CAUC \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_  
Posta \_\_\_\_\_  
Telefono (cell.) \_\_\_\_\_  
Ind. posta elett. \_\_\_\_\_

#### Padre

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
CAUC \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_  
Posta \_\_\_\_\_  
Telefono (cell.) \_\_\_\_\_  
Ind. posta elett. \_\_\_\_\_

### 4. Dati relativi a genitori affidatari o tutori

Nome e cognome o denominazione persona giuridica: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Posta \_\_\_\_\_

Telefono (cell.) \_\_\_\_\_

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

Denominazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. 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) sordità parziale o profonda
- 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

**Descrizione delle difficoltà:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Motivazione dell'avvio della procedura**

Inserimento nel programma di istruzione e formazione

**Spiegazione:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Forme di sostegno attivate dall'istituto scolastico**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**9. Istituzioni di che si sono occupate del trattamento del bambino (centri per la salute mentale, medici di base, centri di consulenza, ambulatori, case della sanità, ospedali, altro)**

<b>DENOMINAZIONE ENTE</b>	<b>NOME E COGNOME DELL'ESAMINANTE</b>	<b>COMPETENZE SPECIALISTICHE (medico, psicologo, pedagogista riabilitativo, logopedista...)</b>	<b>DATA DELL'ULTIMO TRATTAMENTO</b>
1.			
2.			
3.			
4.			

a) Medico di base \_\_\_\_\_  
presso il \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

**11. 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:

1. Tutta la documentazione specialistica del caso (cerchiare):
  - a) Relazioni mediche

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

**2. RELAZIONE DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA**

- 3. BREVE VERBALE DEL COLLOQUIO CON IL BAMBINO AI FINI DELL'ORIENTAMENTO,**  
salvo nei casi particolari in cui a causa dell'età del bambino o difficoltà per circostanze  
specifiche, il colloquio non è 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, quando necessaria.

Data: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

---

**Dichiarazione e firma dei genitori del minorenne o del maggiorenne** (nei casi in cui la richiesta viene inoltrata da una scuola o un centro per l'assistenza sociale):

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. Con la presente confermo altresì di aver ricevuto copia della richiesta che la scuola o il centro per l'assistenza sociale inoltreranno all'Istituto dell'educazione della RS:

Firma: \_\_\_\_\_