



RICHIESTA DI CONSULENZA SPECIALISTICA su casi complessi
anno scolastico 2023-24

le richieste con compilazione parziale o non esaustiva verranno rinviate al mittente con richiesta di completezza

| | |
|--|---|
| DATA | .../.../..... (la data riportata deve riferirsi al momento dell'invio della richiesta) |
| Scuola | <input type="checkbox"/> infanzia <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secondaria di I grado <input type="checkbox"/> secondaria di II grado o CFP |
| DATI SCUOLA | Istituto (nome e Comune della sede principale) |
| | Plesso |
| | Indirizzo sede in cui è richiesta la consulenza |
| | Telefono, indirizzo e-mail (dell'operatore da contattare) |
| Insegnante da contattare | |
| Tipologia del problema prevalente | <input type="checkbox"/> problematiche di tipo relazionale (coi pari, con l'adulto) e comportamentale <input type="checkbox"/> disagio psicologico <input type="checkbox"/> rischio di dispersione scolastica (per scarsa frequenza...) <input type="checkbox"/> sospetto di disturbi dell'apprendimento o di ritardi di varia natura <input type="checkbox"/> problemi di inclusione per alunno straniero <input type="checkbox"/> bullismo, trasgressione (ipotesi sospensione) <input type="checkbox"/> orientamento o riorientamento <input type="checkbox"/> altro: _____ |
| Condivisione bisogno (informati al momento dell'invio) | <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Altri colleghi della classe <input type="checkbox"/> Genitori <input type="checkbox"/> Altri professionisti _____ |
| Breve descrizione della situazione su cui si chiede il sostegno/la consulenza (NON riportare il cognome/nome di alunni) | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ |
| Eventuale preferenza sul professionista da assegnare (NON VINCOLANTE) | Si auspica che l'intervento venga assegnato a: |

Da inviare via e-mail a: prevenzione@ufficiodipiano.lodi.it

(si prega di prendere nota del mutato indirizzo)