



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
 Centro Territoriale di Supporto Nuove Tecnologie per la disabilità
 Via Borgovico, 193 – 22100 Como
 Tel. 031 572990 – 031 574110 – Fax 031 3385021
 e-mail: richieste@ctscomo.it

modulo richiesta consulenza

avanzata da:

dirigente / docente di: _____ presso la **Scuola/Istituto** di :

ordine di scuola: infanzia O primaria O secondaria I grado O secondaria II grado O

recapito telefonico:

recapito e-mail:

formulazione indicativa di due date possibili di incontro:

martedì _____

giovedì _____

persone che intendono partecipare all'incontro: n. _____

@@@@@@@@@@@@@@@@

A - RICHIESTA DI CONSULENZA PER (scegliere l'opzione d'interesse)

1	Consulenza sull'acquisto e sull'uso degli ausili	
2	Dimostrazione sull'uso degli ausili	
3	Supporto didattico	
4	Consulenza per l'acquisto SW didattico	
5	Interventi di consulenza presso le scuole	
6	Interventi di formazione mirata per la scuola	
7	Ausili per didattica a distanza	
8	Altro	

B - ELEMENTI DESCRITTIVI DEL CASO

Età alunno.....

Classe d'inserimento.....

B1 - AREE PROBLEMATICHE (specificare i problemi prevalenti nelle aree compromesse)

autonomia prassica.....

relazionale.....

comunicativa.....

specifica dell'apprendimento.....

altro.....

B2 - DISABILITÀ

1	Minorazione motoria	
2	Minorazione visiva (ipovedente)	
3	Minorazione visiva (cieco)	
4	Minorazione uditiva (sordastro)	
5	Minorazione uditiva (sordo profondo)	
6	Problemi di apprendimento (in generale)	
7	DSA disturbi specifici dell'apprendimento (dislessia)	
8	Problemi di comunicazione	
9	Psichica	
10	Ritardo mentale	
11	Sindrome	

B3 - DESCRIZIONE LIBERA DELL'ALUNNO (potenzialità, motivazioni, interessi, opposizioni)

.....
.....

_____, li _____

il richiedente
