**I s t i t u t o C o m p r e n s i v o T E 4 S a n N i c o l ò a T o r d i n o- Teramo**

Scuola dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado

Via della Pace, 2 – San Nicolò a Tordino – 64100 TERAMO –

tel. 0861 232405 / 0861 58162 fax 0861 233627

C.F. 92025990679 Cod. Mecc.TEIC83100E e-mail: [teic83100e@istruzione.it](mailto:teic83100e@istruzione.it)

Pec: teic83100e@pec.istruzione.it

www.scuolesannicolo.gov.it

*Teramo*

**Verbale RINNOVO PDF con equipe ASL**

**Alunno:**

Classe/**Sezione:** ……..- Scuola …………………………………………………

Il giorno ……………. alle ore ……. nei locali della ASL, presso Contrada Casalena, si riuniscono:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***per la famiglia:*** |  | Madre/Padre dell’alunno/a |
| ***per l’equipe ASL:*** |  | Neuropsichiatra Infantile  Psicologo |
| Dott.ssa D’Innocenzo Valentina | Assistente sociale presso la neuropsichiatria infantile a C.da Casalena - ASL di Teramo |
| ***per il Team docente/Consiglio di classe****:* |  | Funzione Inclusività |
| ………………………………. | Ins. Sostegno Specializzato/Non specializzato  Coordinatore di classe  Docente………. |

**Diagnosi clinica:**……………………………………………………......................

1. ***attività e partecipazione in ambiente terapeutico-riabilitativo***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sono in corso** **interventi terapeutici** | SI |  | NO |  |

**Se si,dove…………………………………………………………………………………………..**

***b) Dalla discussione è emerso quanto segue***:

**Docenti:**

**Famiglia**:

**Neuropsichiatra**: Il neuropsichiatra, dopo aver indagato i settori in cui si riscontrano difficoltà, l’area sensoriale, cognitiva, degli apprendimenti scolastici, delle relazioni sociali e delle autonomie personale e sociale , procede al rinnovo /non procede al rinnovo del PDF.

La riunione è tolta alle ore …….

Teramo, Docente verbalizzante