



SCHEDA DI ACCESSO DSA ADULTI

In accompagnamento alla richiesta di valutazione presso Ambulatorio DSA adulti Azienda USL NPIA Attività territoriale, per sospetto disturbo di apprendimento specifico (DSA) per la Sig.ra /il Sig.re

Nome e Cognome: _____

nato/a a _____ il _____

Esposto ad altra lingua si ☐ no ☐

Al fine di definire i **criteri di esclusione** necessari per diagnosticare un disturbo come DSA, si dichiara che :

■ l'anamnesi e la visita da me effettuata escludono, al momento, l'evidenza di patologie neurologiche e/o sensoriali

■ in presenza di sospetto di patologia neurologica e/o sensoriale sono state eseguite

Visita oculistica effettuata il _____ presso _____
descrivere esito _____

Visita ORL effettuata il _____ presso _____
descrivere esito _____

Visita neurologica effettuata il _____ presso _____
descrivere esito _____

ALTRI ACCERTAMENTI _____

Luogo e data _____ Firma _____