

**Allegato 2: SCHEDA DI ACCESSO DSA**

**Ai genitori di**

In accompagnamento alla richiesta di valutazione presso il Servizio di NPIA Attività territoriale, per sospetto disturbo di apprendimento specifico (DSA) per il/la minore

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 \_\_\_\_\_