



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE DI BRESCIA

**F A S C I C O L O
P E R S O N A L E**

Cognome _____ **Nome** _____

Codice fiscale _____

Prima scuola frequentata _____

Indirizzo e recapiti telefonici _____

Data della prima compilazione _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome

Nome.....

Codice fiscale.....

Cittadinanza.....

Per gli alunni provenienti da altri paesi: data di arrivo in Italia.....

Luogo di nascita(.....). Data di nascita...../
...../.....

Residente a(.....) Via.....n.....

Per eventuali contatti telefonici con la famiglia:

.....(figura di riferimento) Tel.

Cell.

.....(figura di riferimento) Tel.

Cell.

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Relazione di parentela	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Titolo di studio	Professione
padre		/ /			
madre		/ /			
fratello/sorella		/ /			
fratello/sorella		/ /			
Ecc.					
Altre figure conviventi ()		_ / _ / _			

Altre figure significative non incluse nel nucleo familiare

.....

.....

.....

Cambiamenti rilevanti dell'assetto familiare nel corso degli anni

Descrizione.....
.....
.....
.....
.....

data.....

Descrizione.....
.....
.....
.....
.....
.....

data

ecc.

**NOTE INFORMATIVE SUL PERCORSO
SCOLASTICO**

SCUOLA DELL'INFANZIA

Comune/Località						
Classe frequentata						
Anno scolastico	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___

Note:.....
.....
.....
.....

SCUOLA PRIMARIA

Comune/Località						
Classe frequentata						
Anno scolastico	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___

Note:.....
.....
.....
.....

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

Comune/Località						
Classe frequentata						
Anno scolastico	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___

Note:.....
.....
.....
.....

SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO

Comune/Località						
Classe frequentata						
Anno scolastico	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___

Note:.....
.....
.....
.....

Date dei successivi aggiornamenti

1.....

2.....

3.....

ecc.

ASPETTI SANITARI E RIABILITATIVI

Diagnosi clinica iniziale.....

.....

Data.....

A firma di.....qualifica.....

dell'ASL/NPI /altro di.....

Eventuali aggiornamenti della diagnosi clinica

.....

Data.....

A firma di.....qualifica.....

dell'ASL/NPI /altro di.....

ecc.

Conseguenze funzionali

(dalla diagnosi funzionale)

Arete funzionali interessate al deficit	
Area cognitiva	
Area neuropsicologica	
Area sensoriale	
Area motorio prassica	
Area comunicativa e linguistica	
Area affettivo-relazionale e comportamentale	
Area dell'autonomia personale	
Area dell'autonomia sociale	

Necessità di

/A/ Sostegno didattico

/B/ Assistenza / / di base / / specialistica per l'autonomia personale per:

- Accompagnamento per gli spostamenti (non deambulante) / / (non vedente) / /
- Accompagnamento per la comunicazione (non udente) / /
- Assistenza per l'igiene personale / /

➤ Assistenza educativa per le relazioni sociali /

 /C/ Servizio trasporto /

Data.....

A firma di.....qualifica.....

dell'ASL/NPI /altro di.....

Eventuali aggiornamenti della diagnosi funzionale

.....

Data.....

A firma di.....qualifica.....

dell'ASL/NPI /altro di.....

Operatore ASL/NPI di riferimento

Cognome e nome.....

Qualifica.....

Recapito telefonico.....

Eventuale modifica dell'operatore ASL/NPI di riferimento

Cognome e nome.....

Qualifica.....

Recapito telefonico.....

Il cambiamento è avvenuto in data.....

Ecc.

Altre necessità

Terapia farmacologica in orario scolastico	
Attività di riabilitazione	
Necessità di servizi igienici attrezzati in modo specifico	
Necessità di riduzione e/o flessibilità oraria	
Altre necessità specifiche	

Questo Fascicolo personale è stato compilato da

Cognome e nome.....qualifica.....

Cognome e nome.....qualifica.....

Cognome e nome.....qualifica.....

Data (della prima compilazione).....

Questo Fascicolo personale è stato aggiornato da

Cognome e nome.....qualifica.....

Cognome e nome.....qualifica.....

In data.....

Questo Fascicolo personale è stato aggiornato da

Cognome e nome.....qualifica.....

Cognome e nome.....qualifica.....

In data.....

Ecc.

N.B. Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art. .622 C.P.)