Allegato – 5





**UNITA’ LOCALE SOCIO SANITARIA**

**DIAGNOSI FUNZIONALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME | | NOME |
| NATO/A IL | A | |
| INDIRIZZO | | |
| TEL | COMUNE DI RESIDENZA | |

**DESCRIZIONE FUNZIONALE REDATTA IN FORMA SINTETICA**:

**DESCRIZIONE FUNZIONALE CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLE POTENZIALITA’**:

**AREA NEUROPSICOLOGICA**

(Memoria – Attenzione – Organizzazione spazio/temporale)

**AREA COGNITIVA**

**AREA AFFETTIVO / RELAZIONALE**

**AREA LINGUISTICO / COMUNICATIVA**

Motricità fine:

**AREA MOTORIO - PRASSICA**

Motricità globale:

**AREA DELL’AUTONOMIA**

(Personale – Sociale)

**ALTRE OSSERVAZIONI SIGNIFICATIVE ED EVENTUALI INDICAZIONI DI SVILUPPO**

**AREA SENSORIALE**

(Vista e Udito)

Tipo di difficoltà e grado di deficit:

Data

Firme