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