ALLEGATO A **All'Azienda Sanitaria Locale…….....**

Collegio per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap

....l.... sottoscritto /a……

nella sua qualità di :

☐Genitore

☐Tutore

nato/a a……prov……..il ……

residente in ……(C.A.P.)……...

Via …….

telefono……telefono cellulare……

C H I E D E

che il minore:

Cognome……..Nome……..

Nato a ……il…….

residente in ……C.a.p……

Via …….

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

venga sottoposto, ai fini dell'integrazione scolastica, all'accertamento dello stato di handicap, ai sensi del DPCM n. 185 del 23 febbraio 2006.

A tal fine:

DICHIARA

che l'alunno/a sarà iscritto/a per l'anno scolastico ……..a

☐ Scuola dell'infanzia

☐ Scuola Primaria – alla classe…….

☐ Scuola Secondaria di I grado – alla classe ……

☐ Scuola secondaria di II grado – alla classe……

ALLEGA

☐ Certificato medico che riporta :

- la diagnosi clinica codificata preferibilmente secondo l'ICD 10 multiassiale o in subordine l'ICD 9 CM
- l'indicazione se trattasi di patologia stabilizzata o progressiva

(il certificato medico è obbligatorio e deve essere rilasciato da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata di una struttura pubblica).

☐ Relazione clinica che evidenzia:

- lo stato di gravità della disabilità;
- il quadro funzionale sintetico del minore con indicazione dei test utilizzati (eventualmente allegando copia dei test stessi) e dei risultati ottenuti, che descriva le maggiori problematiche nelle aree:

✓ cognitiva e neuropsicologica
✓ sensoriale
✓ motorio-prassica
✓ affettivo-relazionale e comportamentale
✓ comunicativa e linguistica
✓ delle autonomie personali e sociali

(La relazione è obbligatoria e deve essere redatta da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata o da uno psicologo dell'età evolutiva di struttura pubblica)

☐ Altra documentazione

✓ Copia del verbale di invalidità e certificato ai sensi L. 104/92 (se in possesso)
✓ Altri test (specificare)

……..
……..
……..
……..