Allegato B

REGIONE PUGLIA Azienda Sanitaria Locale……

COLLEGIO PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP AI SENSI DEL DPCM N. 185 DEL 23 FEBBRAIO 2006

Cognome…….Nome……..

nato a ……..il …….....

residente in …….C.a.p. …….....

Via…….……...

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

data di presentazione della domanda……

da parte di ……in qualità di…….

Iscrizione per l'anno scolastico……

1. □ Scuola dell'infanzia
2. □ Primaria – alla classe
3. □ Secondaria di I grado – alla classe
4. □ Secondaria di II grado – alla classe

Il Collegio, riunito in data…….……., esaminata e valutata la documentazione prodotta,

ACCERTA che l'alunno/a:

Cognome…….. Nome……..……..…….. ai fini dell'integrazione scolastica, risulta:

1.□ NON ESSERE PERSONA IN STATO DI HANDICAP
2.□ PERSONA IN STATO DI HANDICAP (L. 104/92, art. 3 c.1)
3.□ PERSONA IN STATO DI HANDICAP GRAVE (L. 104/92, art. 3 c.3)

Che la patologia……

……

……...é:

1.□ fisica
2.□ psichica
3.□ sensoriale
4.□ plurima

E RISULTA

1.□ Stabilizzata
2.□ Progressiva

Il presente accertamento è valido fino :

1.□ AL PASSAGGIO DI CICLO
2.□ ALL'ANNO……..

IL COLLEGIO:

Neuropsichiatria

infantile……

Psicologo……..

. Assistente Sociale

…….

Data……

E' facoltà del richiedente sottoporre il presente verbale al collegio del riesame costituito presso la ASL……
Avverso il presente verbale di accertamento è fatta salva la possibilità di ricorso in via giurisdizionale al tribunale di……Sez. Lavoro