

Alla ASST Fatebenefratelli Sacco
Collegio n. 1 per l'individuazione dell'alunno in situazione di disabilità
Via Ricordi 1, Milano
(Residenti nei Municipi 1,2,3,8,9)

Alla ASST Fatebenefratelli Sacco
Collegio n. 2 per l'individuazione dell'alunno in situazione di disabilità
Via Oglio 18, Milano
(Residenti nei Municipi Municipi 4,5,6,7)

Il/La...sottoscritto/a..... nella sua qualità di:

Genitore Tutore

nato/a a.....prov.....il.....

residente in.....C.a.p.....

via.....

telefono.....telefono cellulare..... e-mail.....

CHIEDE che il/la minore:

Cognome.....Nome.....

Nato/a aprov.....ilcittadinanza.....

Residente inC.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 per:

Nuovo Accertamento Rinnovo dell' Accertamento Aggravamento

A tal fine

DICHIARA

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

Scuola dell'infanzia

Scuola Primaria – alla classe.....

Scuola Secondaria di I grado – alla classe.....

Scuola Secondaria di II grado – alla classe.....

Formazione professionale regionale

Dichiara inoltre che il minore è in possesso di:

- invalidità civile: SI NO
- riconoscimento stato di handicap (L. 104/92 art. 3, comma1): SI NO
- riconoscimento stato handicap in situazione di gravità (L. 104/92 art. 3, comma 3): SI NO

e di non aver presentato la presente domanda in altro collegio.

ALLEGA

Certificato medico che riporta:

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

N.B. Il certificato medico è obbligatorio e deve essere rilasciato da un medico di struttura pubblica o privata accreditata, specialista nella branca di pertinenza della patologia rilevata. In caso di patologia psichica la certificazione può essere rilasciata dallo psicologo di strutture pubbliche per l'infanzia e l'adolescenza.

Relazione clinica funzionale sintetica 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.

N.B. La relazione clinica funzionale sintetica è obbligatoria e deve essere redatta da un medico di struttura pubblica o privata accreditata, specialista nella branca di pertinenza della patologia rilevata. In caso di patologia psichica la relazione clinica funzionale può essere redatta dallo psicologo di strutture pubbliche per l'infanzia e l'adolescenza.

Consenso al trattamento dei dati

Copia documento identità del minore/interessato

Copia documento identità del genitore/tutore

Altra documentazione:

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

.....
.....

Data

Firma