

Spett.le
ASST Cremona
Collegio per l'individuazione dell'alunno in
situazione di disabilità

Oggetto: DOMANDA DI ACCERTAMENTO

Il/La sottoscritto/a _____
nella sua qualità di: Genitore Tutore
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ C.A.P. _____
via _____
telefono _____ telefono cellulare _____
codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
e-mail _____

CHIEDE

che il/la minore:

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ C.A.P. _____
via _____
codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

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

Tale richiesta è da intendersi:

- Nuovo accertamento Richiesta aggravamento Revisione dell'accertamento

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 _____

Presso il seguente Istituto _____

Dichiara inoltre che il minore è in possesso di:

invalidità civile	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
riconoscimento stato di handicap ai sensi della legge 104/92	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
riconoscimento stato di handicap in situazione di gravità ai sensi della legge 104/92	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

ALLEGA

Certificato medico che riporta:

- la diagnosi clinica codificata preferibilmente secondo l'ICD 10 multi-assiale o in subordine secondo l'ICD 9 CM: in presenza di diagnosi plurime indicare la "diagnosi principale" identificata quale condizione responsabile della richiesta di accertamento;
- l'indicazione se trattasi di patologia stabilizzata o progressiva.

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

Relazione clinico-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 personale 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 segnalata. In caso di patologia psichica la relazione clinica-funzionale sintetica può essere redatta da uno psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza di struttura pubblica.

Altra documentazione:

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

_____.

- Fotocopia carta identità e tessera sanitaria del MINORE
- Fotocopia carta identità e tessera sanitaria del GENITORE
- Consenso alla comunicazione dei dati personali

Data _____

Firma _____

Ai sensi del D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si comunica che i dati vengono gestiti, per via informatica e cartacea, dal personale incaricato dall'ASST e dal Collegio di Accertamento.