

All'ASST Melegnano e Martesana
Collegio per l'individuazione dell'alunno in situazione di disabilità
U.O.C. Medicina Legale
Via Pandina n. 1 – 20070 Vizzolo Predabissi -MI

Il/La sottoscritto/a _____

nella sua qualità di:

☐

Genitore

☐

Tutore

nato/a a _____ prov _____ il _____

residente in _____ C.a.p. _____

via _____ indirizzo mail @ _____

telefono _____ telefono cellulare _____

CHIEDE

che il/la minore:

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a a _____ **prov** _____ **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 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 ☐

ALLEGA

- ☐ **fotocopia documento di identità del genitore che accompagna il minore (obbligatorio)**
- ☐ **fotocopia documento di identità del minore (solo se in possesso)**
- ☐ **fotocopia codice fiscale minore**
- ☐ **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 redatta 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.

- ☐ **Altra documentazione:**
 - ✓ **Copia del verbale di invalidità civile e certificato dello stato di handicap ai sensi L. 104/92 (se in possesso);**
 - ✓ **Altri test (specificare):**

Data _____

Firma _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal personale incaricato ASST e dal Collegio di Accertamento ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa