

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