

**ALLEGATO A**      **All'Azienda Sanitaria Locale.....**  
**Collegio per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap**

.....l..... sottoscritto /a.....

nella sua qualità di :

Genitore

Tutore

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

residente in .....(C.A.P.).....

Via .....

telefono..... telefono cellulare.....

**CHIEDE**

che il minore:

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

Nato a .....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.

A tal fine:

**DICHIARA**

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

- Scuola dell'infanzia
- Scuola Primaria – alla classe.....
- Scuola Secondaria di I grado – alla classe .....
- Scuola secondaria di II grado – alla classe.....

**ALLEGA**

Certificato medico che riporta :

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

(il certificato medico è obbligatorio e deve essere rilasciato da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata di una struttura pubblica).

Relazione clinica 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

(La relazione è obbligatoria e deve essere redatta da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata o da uno psicologo dell'età evolutiva di struttura pubblica)

Altra documentazione

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

.....  
.....  
.....  
.....