

CERTIFICAZIONE

Cognome nato/a il indirizzo	Nome a residenza	Telef.
-----------------------------------	------------------------	--------

Iscrizione prevista per l'anno scolastico / Alla classe della scuola

Proviene da ☐ stessa scuola ☐ altra scuola indicare quale

DIAGNOSI CLINICA (codici ICD-10) (Scrivere per esteso la diagnosi clinica)

Asse I:
Asse II:
Asse III:
Asse IV:

TIPOLOGIA DELLA DISABILITA' PREVALENTE

(secondo classificazione convenuta - elencata in calce - indicando livello di gravità)

☐ lieve☐ medio☐ grave

1. Disabilità visiva

2. Disabilità uditiva

3. Disabilità neuromotoria di origine centrale

4. Disabilità intellettiva

5. Sindromi genetiche

6. Disabilità psico-relazionale

7. Disturbi del comportamento (specificare)

8. Disturbi dell'apprendimento da componente neuropsicologica

9. altro: specificare

La situazione dell'alunno:

impedisce non impedisce lo svolgimento delle attività di laboratorio previste dal corso di studi scelto.

Richiesta di personale a carico:

- ☐ dell'Azienda U.L.S.S.
☐ della Provincia

Trattamenti riabilitativi:

- ☐ previsti
☐ in corso
☐ conclusi

La presente certificazione ha validità: 1 2 3 4 5 anni

Data

FIRMA

Dichiaro di aver preso visione della presente certificazione

Firma del genitore _____