

**Oggetto: Domanda al Collegio di accertamento**

Il sottoscritto .....

in qualità di:  Genitore  Tutore (allegare il decreto di nomina)

nato/a a..... Prov ..... il.....

residente a.....CAP.....

Via.....n° tel.....

n° cellulare..... email.....

**CHIEDE**

Che il/la Minore: .....

Nato/a a .....prov.....il .....

residente a.....CAP.....

Via.....

Codice Fiscale | |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

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

per:

- Nuovo Accertamento  
 Rinnovo dell'Accertamento  
 Aggravamento

richiedendo:

- Insegnante di Sostegno  
 Assistente Educatore  
 Assistente alla comunicazione

Nel caso in cui si richieda sia Insegnante di sostegno che  
 Assistente Educatore/Assistente alla Comunicazione, barrare tutte  
 le caselle, secondo le indicazioni del Servizio Specialistico

a tal fine

**DICHIARA**

che l'alunno/a sarà iscritto/a per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ alla

 Scuola dell'Infanzia  Statale  Paritaria di \_\_\_\_\_ Scuola Primaria  Statale  Paritaria di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ Scuola Secondaria di I grado  Statale  Paritaria di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ Scuola Secondaria di II grado  Statale  Paritaria di \_\_\_\_\_

denominazione Istituto \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Istituzione Formativa (Formazione Professionale): \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

## DICHIARA INOLTRE

che il Minore è in possesso di:

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> invalidità civile;  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> riconoscimento stato di handicap (L. 104/92 art. 3, comma1);                | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> riconoscimento stato handicap in situazione di gravità (L.104/92 art. 3,3). | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

**NB:** Allegare copia dei verbali se in possesso

## ALLA DOMANDA SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- Certificato sanitario che riporta:
- la diagnosi clinica, codificata preferibilmente secondo l'ICD 10 multiassiale o 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.

**NB** Il certificato sanitario è obbligatorio e deve essere rilasciato da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata che operi in una struttura pubblica o da medico specialista di IRCCS accreditato per attività di neuropsichiatria infantile.

In caso di patologia psichica la certificazione può essere rilasciata dallo psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza di struttura pubblica.

- Diagnosi funzionale, redatta con il modello regionale, che evidenzia:
- lo stato di gravità della disabilità;
  - il quadro funzionale sintetico del minore, con indicazione dei test utilizzati 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.

**NB** La diagnosi funzionale è obbligatoria e deve essere redatta da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata che operi in una struttura pubblica o da medico specialista di IRCCS accreditato per attività di neuropsichiatria infantile.

In caso di patologia psichica la diagnosi funzionale può essere rilasciata dallo psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza di struttura pubblica.

- Altra documentazione:
- Copia del verbale di invalidità civile (se in possesso);
  - Copia riconoscimento stato di handicap ai sensi L. 104/92 art. 3,1 (se in possesso);
  - Copia certificato di gravità ai sensi L. 104/92 art. 3,3 (se in possesso);
  - Altri test (specificare): \_\_\_\_\_

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 ATS e ASST e dal Collegio di Accertamento.