

COLLEGIO DI ACCERTAMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE

DELL'ALUNNO CON DISABILITA' AI FINI

DELL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA

AI SENSI DEL DPCM n. 185 DEL 23 FEBBRAIO 2006

VERBALE di ACCERTAMENTO

Cognome [ ] Nome [ ]

nato/a [ ] il [ ] Cod. Fisc. [ ]

residente a [ ] C.A.P. [ ]

via [ ] Data presentazione domanda [ ]

da parte di [ ] in qualità di [ ]

Iscrizione per l'anno scolastico [ ]

[ ] alla classe [ ]

Il Collegio, riunito in data [ ], esaminata e valutata la documentazione prodotta, ACCERTA

che l'alunno/a: Cognome [ ] Nome [ ]

ai fini dell'integrazione scolastica, risulta: [ ]

CHE LA PATOLOGIA: [ ]

E': [ ] fisica [ ] psichica [ ] plurima [ ] sensoriale ( [ ] Visiva [ ] Uditiva)

E RISULTA [ ] stabilizzata [ ] progressiva

Il presente accertamento è valido fino: [ ]

NEUROPSICHIATRA INFANTILE [ ]

PSICOLOGO [ ]

ASSISTENTE SOCIALE [ ]

Data [ ] IL COLLEGIO DI [ ]

E' facoltà dell'interessato fare ricorso entro 30 giorni all'Organismo di Riesame costituito presso l'ATS di Bergamo. Avverso il presente verbale di accertamento è fatta salva la possibilità di ricorso in via giurisdizionale al Tribunale di Bergamo Sez Lavoro.

## COLLEGIO PER L'INDIVIDUAZIONE DELL' ALUNNO

CON DISABILITA'

SUPPORTI PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA

IL COLLEGIO DI  ESAMINATA E VALUTATA LA DIAGNOSI FUNZIONALE ALLEGATA ALLA DOMANDA E TENUTO CONTO DEL VERBALE DELL'ACCERTAMENTO SCOLASTICO, AI SENSI DEL DPCM 185/2006, EMESSO IN DATA ODIERNA A FAVORE DI:

Cognome  Nome

nato/a  il

residente a  C.A.P.

via

PRESO ATTO CHE L'ALUNNO/A RISULTA ACCERTATO/A:

PERSONA IN STATO DI HANDICAP (L.104/92, art.3 c.1)

PERSONA IN STATO DI HANDICAP GRAVE (L.104/92, art.3 c.3)

## SI ATTESTA

CHE L'ALUNNO/A, AI FINI DELLA INTEGRAZIONE SCOLASTICA, NECESSITA DI:

## → INSEGNANTE DI SOSTEGNO

SI Validità fino \_\_\_\_\_

NO

## → ASSISTENZA SPECIALISTICA NELL' AUTONOMIA PERSONALE:

Assistenza Educativa Scolastica per le relazioni sociali e la comunicazione

SI Validità fino \_\_\_\_\_

NO

Assistenza per la comunicazione

non udente

non vedente

gravemente ipovedente

SI Validità fino \_\_\_\_\_

NO

Neuropsichiatra infantile  .....

Psicologo  .....

Assistente Sociale  .....

Data

IL COLLEGIO DI