

Prot. N.....

Alla Famiglia di

**Oggetto: Certificato di accertamento handicap ai fini dell'integrazione scolastica -
DPCM 185/2006**

Si certifica che il/la Minore

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

IN VIA _____ TEL _____

è affetto da _____

diagnosi principale (Cod. ICD 9/ICD 10)

da _____

diagnosi secondarie (Cod. ICD 9/ICD 10).

La patologia risulta: stabilizzata progressiva.

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____

Si rilascia la presente su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.