

ORGANISMO DI RIESAME

c/o ATS Via Galliccioli, 4 - 24121 Bergamo

VERBALE DI RIESAMECognome 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 progressivaIl presente accertamento è valido fino: AL TERMINE ANNO SCOLASTICO

*sono definiti disabili sensoriali con pluridisabilità "gli studenti che presentano doppia disabilità sensoriale o copresenza di una disabilità sensoriale con altra tipologia di disabilità" – Linee guida per lo svolgimento dei servizi a supporto dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale – allegato D.G.R. n. XI/6171 del 28/03/2022.

NEUROPSICHIATRA INFANTILE PSICOLOGO ASSISTENTE SOCIALE Data IL COLLEGIO DI E' facoltà dell'interessato fare ricorso entro 60 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.

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

NO

→ ASSISTENZA SPECIALISTICA NELL' AUTONOMIA PERSONALE:

Assistenza Educativa Scolastica per le relazioni sociali e la comunicazione

SI

NO

Assistenza per la comunicazione

non udente

non vedente

gravemente ipovedente

SI

NO

LA PRESENTE ATTESTAZIONE E' VALIDA FINO:

AL TERMINE ANNO SCOLASTICO

NEUROPSICHIATRA INFANTILE

.....

PSICOLOGO

.....

ASSISTENTE SOCIALE

.....

Data

IL COLLEGIO DI