

DICHIARA INOLTRE

che il Minore è in possesso di:

- invalidità civile; SI NO
- riconoscimento stato di handicap (L. 104/92 art. 3, comma1); SI NO
- riconoscimento stato handicap in situazione di gravità (L.104/92 art. 3,3). SI NO

ALLA DOMANDA SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

Verbale di accertamento redatto dal Collegio;

Certificato medico, 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, 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);
- Altro (specificare): _____

I genitori / l'affidatario:

Sig./Sig.ra _____, firma: _____

Sig./Sig.ra _____, firma **: _____

*** In caso di irreperibilità di uno dei genitori: allegare DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA*

Data _____

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all' ATS saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l' ATS. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/>. I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente.