



ASST Brianza

A

All'A. S. S.T. Brianza
Collegio per l'individuazione dell'alunno in
situazione di handicap
Ambito di Vimercate

Il/La sottoscritto/a.....

nella sua qualità di: Genitore Tutore

nato/a a.....prov.....il.....

residente in.....C.A.P.....

via.....

telefono..... cellulare.....

CHIEDE

che il/la minore:

Cognome.....Nome.....

Nato/a aprov.....il.....

Cittadinanza.....

Residente inC.A.P.....

Via.....

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Nuovo accertamento

Rinnovo dell'accertamento

Aggravamento

A tal fine

DICHIARA

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

Scuola dell'infanzia

Scuola Primaria – alla classe.....

Scuola Secondaria di I grado – alla classe.....

Scuola Secondaria di II grado – alla classe.....

Formazione professionale regionale.....



Dichiara inoltre che il minore è in possesso di:

- invalidità civile: SI NO
- riconoscimento stato di handicap (L.104/92 art.3, comma 1): SI NO
- riconoscimento stato di handicap in situazione di gravità (L.104/92 art.3, comma 3): SI NO

ALLEGA

Certificato medico che riporta:

- la diagnosi clinica codificata preferibilmente secondo l'ICD 10 multiassiale o in subordine 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.

N.B. Il certificato medico è obbligatorio e deve essere rilasciato da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata e che opera 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 redatta dallo psicologo di struttura pubblica dell'infanzia e dell'adolescenza;

Relazione clinica che evidenzia:

- lo stato di gravità della disabilità;
- il quadro funzionale sintetico del minore con indicazione dei test utilizzati (eventualmente allegando copia dei test stessi) 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 personale e sociali.

N.B. La relazione clinica è obbligatoria e deve essere redatta da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata o da uno psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza di struttura pubblica.

Altra documentazione:

- ✓ Copia del verbale di invalidità e certificato di gravità ai sensi L. 104/92 (se in possesso);
- ✓ Altri test (specificare).

.....

Formula di consenso per trattamento di dati sensibili e giudiziari

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del D. lgs. n. 196/2003 (vedi informativa allegata), acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei "dati sensibili" di cui all'articolo 4 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

Dichiara inoltre che acconsente al trattamento dei dati personali del minore.....

E che l'altro genitore esercente la responsabilità genitoriale è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore

Nome..... Cognome..... Firma leggibile.....



Dichiara inoltre di ricevere materiale informativo e modulistica relativi a:

- ✓ allegati alla domanda (fac-simile certificato medico e relazione clinica);
- ✓ informativa reclami e suggerimenti;
- ✓ fac-simile richiesta visita domiciliare;
- ✓ materiale informativo su tempi e modalità di visita e iter di accertamento
- ✓ informativa sulla privacy

Firma

N.B.

Alla domanda deve essere apposta la firma del genitore o del tutore.

Se il richiedente é il tutore, alla domanda deve essere altresì allegato l'atto di conferimento della tutela.

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercente la responsabilità genitoriale è informato e acconsente alla richiesta di accertamento per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap ai fini del sostegno scolastico.

Firma

Luogo e data _____

-
- Effettuati verifica requisiti essenziali e controllo dati anagrafici, firma e documentazione*
 - Effettuata verifica coerenza dati in archivio.*

Firma del funzionario ricevente

Data _____