

**DOMANDA DI ACCERTAMENTO DELL'ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP
AI FINI DELL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA (DGR N. 2248 DEL 17.07.2007)**

COMPILARE IN STAMPATELLO

Il/La sottoscritto/a _____ nella sua qualità di

- ☐ Genitore
- ☐ Tutore
- ☐ Maggioreenne

nato a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ via _____ CAP _____

Tel _____ Cell _____ email _____

e

Il/La sottoscritto/a _____ nella sua qualità di

- ☐ Genitore
- ☐ Tutore

nato a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ via _____ CAP _____

Tel _____ Cell _____ email _____

chiede/chiedono che

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ prov _____ il _____ M F

residente a _____ prov _____ CAP _____ via _____

Codice fiscale _____

venga valutato ai fini dell'integrazione scolastica per l'a.s. _____ per

- ☐ Prima valutazione
- ☐ Rinnovo
 - ☐ Scuola dell'Infanzia, alla sezione _____
 - ☐ Scuola Primaria, alla classe _____
 - ☐ Scuola Secondaria di 1° grado, alla classe _____
 - ☐ Scuola secondaria di 2° grado, alla classe _____

ALLEGA/ALLEGANO

Diagnosi clinica/certificazione clinica con codice ICD10 ed indicazione se si tratta di patologia stabilizzata o progressiva

Diagnosi funzionale rilasciata da UO dell'Azienda ULSS _____ o da Struttura Accreditata

Altra documentazione:

copia verbale commissione medica per l'accertamento dell'handicap L. 104 art. 3 comma 3

altro _____

Data _____

Firma di entrambi genitori o di chi
esercita la responsabilità genitoriale

IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE/TUTORE

Il sottoscritto genitore dichiara, sotto la propria personale responsabilità,

che l'altro genitore condivide le finalità della presente domanda

di essere genitore unico

di essere il tutore

Firma

IN CASO DI TRASMISSIONE DIRETTA DEL VERBALE DALL'UVMD

Il sottoscritto, genitore o tutore dell'alunno o alunno maggiorenne _____
delega l'Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale competente alla valutazione di cui alla presente
domanda, alla trasmissione del Verbale di individuazione dell'alunno disabile e relativa documentazione

alla Scuola/Istituto Comprensivo _____ con sede

in _____

all'Amministrazione Provinciale

al Servizio/Ente Certificante

ai fini della tempestiva adozione dei provvedimenti conseguenti.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto autorizza il Servizio/l'Ente certificante all'invio della documentazione alla Segreteria del Servizio ULSS responsabile del procedimento.

Data _____

Firma _____

Consenso al trattamento dei dati

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento relativo all'individuazione dell'alunno disabile e dei benefici da questo derivanti, in conformità alle disposizioni vigenti in materia di privacy del predetto Decreto. Esprime pertanto il suo consenso al trattamento degli stessi.

Data _____

Firma _____