

CERTIFICAZIONE

Cognome nato/a il indirizzo	Nome a residenza	Telef.
-----------------------------------	------------------------	--------

Iscrizione prevista per l'anno scolastico / Alla classe della scuola

Proviene da stessa scuola altra scuola indicare quale

DIAGNOSI CLINICA (codici ICD-10) (Scrivere per esteso la diagnosi clinica)

Asse I:
Asse II:
Asse III:
Asse IV:
Asse V:
Asse VI:

TIPOLOGIA DELLA DISABILITA' PREVALENTE

(secondo classificazione convenuta - elencata in calce - indicando livello di gravità)

 lieve medio grave

- | | |
|--|--|
| 1. Disabilità visiva | 5 Sindromi genetiche |
| 2. Disabilità uditiva | 6. Disabilità psico-relazionale |
| 3. Disabilità neuromotoria di origine centrale | 7. Disturbi del comportamento (specificare) |
| 4. Disabilità intellettiva | 8 Disturbi dell'apprendimento da componente neuropsicologica |
| | 9 altro: specificare |

La situazione dell'alunno:

impedisce non impedisce lo svolgimento delle attività di laboratorio previste dal corso di studi scelto.

Richiesta di personale a carico:

- dell'A. ULSS
 della Provincia

Trattamenti riabilitativi:

- previsti
 in corso
 conclusi

La presente certificazione ha validità: 1 2 3 4 5 anni

Data

FIRMA

Dichiaro di aver preso visione della presente certificazione

Firma del genitore _____