

CERTIFICAZIONE CLINICA

Cognome	Nome	
nato/a il	a	Telef.
indirizzo	residenza	

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

2. Disabilità uditiva

3. Disabilità neuromotoria di origine centrale

4. Disabilità intellettiva

Sindromi genetiche

. Disabilità psico-relazionale

Disturbi del comportamento (specificare)

. Disturbi dell'apprendimento da componente neuropsicologica

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' Azienda U.L.S.S.

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