



Ospedale Maggiore di Lodi
Distretti e Presidi Lodigiani

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lodi

All' Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi

Dip. Bassa Intensità - RICCA - UOC Disabilità e Integrazione Sociale

Collegio di accertamento per l'individuazione dell'alunno con disabilità

Piazza Ospedale 10 - 26900 LODI

La domanda può essere spedita o anche consegnata presso le sedi territoriali dell'ASST:
Lodi, p.zza Ospitale 10, Pad. Tansini, 1° piano - 0371 374342
Casalpusterlengo, Via Crema, 15, Segreteria - 0377 924636
Sant'Angelo Lod.no, c/o Ospedale Delmati, S.P. n°19, 1°piano - 0371 373289

Il/La sottoscritto/a: Cognome. Nome
nato/a a prov.il.....
residente a.....C.a.pvia.....
telefono fisso telefono cellulare
e-mail

nella sua qualità di (barrare una delle caselle sotto elencate):

genitore munito della potestà:

- congiunta con il coniuge che è informato in merito alla necessità della presente domanda;
 in via esclusiva;

tutore (allegare copia del decreto del Tribunale);

CHIEDE che il/la minore:

Cognome Nome
nato/a a prov. il.....
residente a.....C.a.pvia.....
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.

Primo 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

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi

26900 Lodi - Piazza ospitale, 10 - Tel. 0371-37.1 / Fax 0371-37.6438 -
C.F. e P.IVA 09322180960



Ospedale Maggiore di Lodi
Distretti e Presidi Lodigiani

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lodi

Dichiara inoltre che il minore è in possesso di:

- invalidità civile
- riconoscimento stato di handicap (L.104/92 art. 3, c. 1)
- riconoscimento stato di handicap in situazione di gravità (L.104/92 art. 3, c. 3)

ALLEGA

Certificato medico che riporta:

- ✓ la diagnosi clinica codificata preferibilmente secondo l'ICD 10 multiassiale o in casi particolari secondo l'ICD 9 CM;
- ✓ la indicazione se trattasi di patologia stabilizzata o progressiva.

N.B. Il certificato medico è obbligatorio e deve essere rilasciato da un medico di struttura pubblica o privata accreditata, specialista nella branca di pertinenza della patologia rilevata. In caso di patologia psichica la certificazione può essere redatta dallo psicologo di struttura pubblica dell'infanzia e dell'adolescenza.

Relazione clinica funzionale sintetica 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 funzionale sintetica è obbligatoria e deve essere redatta da un medico di struttura pubblica o privata accreditata, specialista nella branca di pertinenza della patologia rilevata. In caso di patologia psichica la relazione clinica funzionale può essere redatta dallo psicologo di struttura pubblica dell'infanzia e dell'adolescenza.

Altra documentazione:

- fotocopia documento di identità del genitore che accompagna il minore;
- fotocopia documento di identità del minore;
- fotocopia codice fiscale minore;
- copia del verbale di invalidità (se in possesso);
- copia del certificazione dello stato di handicap ai sensi L. 104/92 (se in possesso);
- in caso di tutela, copia del decreto del Tribunale;
- altri test (specificare):.....

Data

Firma

Ai sensi del D. Lgs.196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si comunica che i dati vengono gestiti, per via informatica e cartacea, dal personale incaricato ASST di Lodi, ATS della Città Metropolitana di Milano e dal Collegio di Accertamento.

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi

26900 Lodi - Piazza ospitale, 10 - Tel. 0371-37.1 / Fax 0371-37.6438 -
C.F. e P.IVA 09322180960