

REGIONE LOMBARDIA
Azienda Sanitaria Locale.....

COLLEGIO PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ALUNNO CON DISABILITA'
AI SENSI DEL DPCM N. 185 DEL 23 FEBBRAIO 2006

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

nato ail

residente inC.a.p.

Via.....

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

data di presentazione della domanda.....

da parte diin qualità di.....

Iscrizione per l'anno scolastico.....

- Scuola dell'infanzia
- Scuola Primaria – alla classe _____
- Scuola Secondaria di I grado – alla classe _____
- Scuola Secondaria di II grado – alla classe _____
- Formazione professionale regionale

**Il Collegio, riunito in data....., esaminata e valutata la
documentazione prodotta,**

ACCERTA

che l'alunno/a:

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

ai fini dell'integrazione scolastica, risulta:

- NON ESSERE PERSONA IN STATO DI HANDICAP**
- PERSONA IN STATO DI HANDICAP (L. 104/92, art. 3 c.1)**
- PERSONA IN STATO DI HANDICAP GRAVE (L. 104/92, art. 3 c.3)**

**Che la patologia.....
.....
.....é:**

- Fisica**
- Psichica**
- Sensoriale**
 - Visiva**
 - Uditiva**
- Plurima**

E RISULTA

- Stabilizzata**
- Progressiva**

Il presente accertamento è valido fino:

- ALL'ANNO SCOLASTICO
- AL TERMINE DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA
- AL TERMINE DELLA SCUOLA PRIMARIA
- AL TERMINE DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO
- AL TERMINE DEGLI STUDI

IL COLLEGIO:

Neuropsichiatra infantile.....

Psicologo.....

Assistente Sociale

Data.....

*E' facoltà del richiedente sottoporre il presente verbale al collegio del riesame costituito presso la ASL.....
Avverso il presente verbale di accertamento è fatta salva la possibilità di ricorso in via giurisdizionale al tribunale
di.....Sez. Lavoro*