



Regione Campania

Diagnosi funzionale alunno portatore di handicap ai fini della presa in carico per l'integrazione scolastica (ai sensi del D.P.C.M. 23 febbraio 2006, n. 185)

A.S.L. _____ Distretto n. _____ di _____

Certificazione

Data _____

Cognome e nome _____ Sesso: _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ C.a.p. _____

Data di presentazione della domanda _____

Iscritto/a alla scuola/circolo/istituto _____

Anno scolastico ____/____ Classe _____ sezione _____

Patologia (specificare eventuale carattere di gravità della medesima)

CODIFICAZIONE DELLA DIAGNOSI (ICD) in ordine di importanza

ICD _____ ICD _____ ICD _____ ICD _____

fisica psichica visiva uditiva

Stabilizzata

Progressiva

Firme componenti della Unità di Valutazione Multidisciplinare

Neuropsichiatra Infantile

Medico Specialista patologia segnalata

Professionista della riabilitazione

Assistente Sociale.....

Psicologo

Valida fino: _____

La presente certificazione va consegnata ai genitori, agli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno, ed è soggetta al segreto d'ufficio