

Formazione professionale regionale _____

Dichiara inoltre che il minore è in possesso di:

- invalidità civile: SI NO
- riconoscimento stato di handicap (L. 104/92 art. 3, comma1): SI NO
- riconoscimento stato handicap in situazione di gravità (L. 104/92 art. 3, comma 3): SI NO

ALLEGA

Certificato medico che riporta:

- la diagnosi clinica codificata preferibilmente secondo l'ICD 10 multiassiale o in subordine secondo l'ICD 9 CM; in presenza di diagnosi plurime indicare la "diagnosi principale" identificata quale condizione responsabile della richiesta di accertamento;
- la indicazione se trattasi di patologia stabilizzata o progressiva.

N.B. Il certificato medico è obbligatorio e deve essere rilasciato da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata e che opera in una struttura pubblica o da medico specialista di IRCCS accreditato per attività di neuropsichiatria infantile. In caso di patologia psichica la certificazione può essere rilasciata dallo psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza di struttura pubblica.

Relazione clinica che evidenzia:

- lo stato di gravità della disabilità;
- il quadro funzionale sintetico del minore, con indicazione dei test utilizzati (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 personali e sociali.

N.B. La relazione clinica è obbligatoria e deve essere redatta da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata o da uno psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza di struttura pubblica.

Altra documentazione:

- ✓ Copia del verbale di invalidità civile (se in possesso);
- ✓ Copia riconoscimento stato di handicap ai sensi L. 104/92 art. 3, comma 1 (se in possesso);
- ✓ Copia certificato di gravità ai sensi L. 104/92 art. 3, comma 3 (se in possesso);
- ✓ 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 Lecco e dal Collegio di Accertamento.