



MODULO RIESAME

Alla C.A. ASST di LECCO

ORGANISMO DI RIESAME PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ALUNNO CON HANDICAP

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di: Genitore Tutore

nato/a a _____ Prov _____ il _____

residente in _____ C.a.p. _____

via _____

telefono _____ email _____

CHIEDE

che il/la minore:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ Prov _____ il _____

residente in _____ C.a.p. _____

via _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

venga sottoposto, tenuto conto del Verbale di Accertamento del Collegio effettuato in data _____
alla valutazione dell'Organismo di Riesame per l'accertamento dello stato di handicap, ai sensi del DPCM
n.185 del 23 febbraio 2006.

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 _____

Le certificazioni sanitarie sono già state allegate alla domanda di accertamento per il Collegio.

Data _____

Firma _____



UOC DIREZIONE TERRITORIALE

UOS STRUTTURA DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA

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.