



**DOMANDA DI ACCERTAMENTO DELL'ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP AI FINI  
DELL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA (DGR N. 2248 DEL 17.07.2007)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nella sua qualità di

Genitore  
Tutore  
Maggiorenne

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

e

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nella sua qualità di

Genitore  
Tutore

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**chiede/chiedono**

**che l'alunno:**

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M F

residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

attualmente frequentante la scuola \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

**venga valutato ai fini dell'integrazione scolastica per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

Prima valutazione

Rinnovo

**scuola:**

Asilo Nido, sede \_\_\_\_\_

Scuola dell'Infanzia, sezione \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

Istituto Comprensivo: \_\_\_\_\_

Scuola Primaria, classe \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

Istituto Comprensivo: \_\_\_\_\_

Scuola Secondaria di 1° grado, classe \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

Istituto Comprensivo: \_\_\_\_\_

Scuola secondaria di 2° grado, classe \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

Istituto Comprensivo: \_\_\_\_\_

**allega:**

Diagnosi clinica/certificazione clinica con codice ICD10 ed indicazione se si tratta di patologia stabilizzata o progressiva.

Diagnosi funzionale rilasciata da UO dell'Azienda ULSS \_\_\_\_\_ o da Struttura Accreditata.

Altra documentazione:

copia verbale commissione medica per l'accertamento dell'handicap **L.104 art. 3 comma 3**  
altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma di entrambi genitori o del tutore o dell'alunno maggiorenne:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***in caso di firma di un solo genitore***

Il sottoscritto genitore dichiara, sotto la propria personale responsabilità, che l'altro genitore condivide le finalità della presente domanda.

Firma \_\_\_\_\_

**In caso di trasmissione diretta del verbale dall'UVMD alla Scuola/Istituto Comprensivo**

Il sottoscritto, genitore o tutore dell'alunno o alunno maggiorenne \_\_\_\_\_  
delega l'Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale competente alla valutazione di cui alla presente domanda, alla trasmissione del Verbale di individuazione dell'alunno disabile e relativa documentazione alla Scuola/Istituto Comprensivo \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_  
ai fini della tempestiva adozione dei provvedimenti conseguenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**consenso al trattamento dei dati**

*"Ai sensi del Regolamento Europeo (GDPR) n. 2016/679 sulla privacy e del D.lgs. 196 del 2003 ess.mm.ii. (DLGS n. 101/18), la raccolta dei dati è effettuata mediante strumenti cartacei e/o informatici ed è finalizzata all'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi previsti dalla legge e dai regolamenti, nonché all'emanazione di atti amm.vi e al miglioramento dei servizi; i dati raccolti sono obbligatori per concludere i procedimenti amm.vi e garantire l'erogazione dei servizi; ove il richiedente non fornisca i dati essenziali all'istruttoria, il procedimento amm.vo potrebbe essere sospeso o non attivato. I dati raccolti sono comunicati solo a pubbliche amministrazioni e ad altri soggetti privati nell'ambito delle finalità di legge o regolamento. L'interessato ha diritto di conoscere gratuitamente l'esistenza di dati che lo riguardano e di ottenere informazioni sulla loro esistenza, cancellazione, aggiornamento, correzione. La titolarità e la responsabilità del trattamento dei dati spettano all'Azienda Ulss 8 Berica".*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**U.O.S. ETA' EVOLUTIVA – Responsabile: dr. Stefano De Carli**  
Referente procedimento dr.ssa Ilenia Danese Tel. 0444/752959 email [integrazionescolastica.est@aulss8.veneto.it](mailto:integrazionescolastica.est@aulss8.veneto.it)  
Lunedì / Venerdì 9.30 – 12.00