



**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
Lunedì / Venerdì 9.30 – 12.00