

UNITA' LOCALE SOCIO - SANITARIA N.2 – Marca Trevigiana
 Via S. Ambrogio di Fiera, 37- 31100 TREVISO
Cod. Ente 050-109 – Cod. Fisc. 03084880263

**VERBALE DI ACCERTAMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE
 DELL'ALUNNO IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ
 AI SENSI DEL DPCM N. 185 DEL 23/02/ 2006 E DELLA DGRV 2248 del 17/07/2007**

Cognome _ _Nome _ _ M F

Nato/a a _ _ il _

Residente a _ _ C.a.p._

Codice Fiscale

Data di presentazione della domanda

Da parte di _____ in qualità di genitore

Iscrizione per l'anno scolastico 20xx/20xx

Scuola dell'infanzia statale paritaria

Primaria - alla classe _____

Secondaria di I grado - alla classe _____

Secondaria di II grado - alla classe _____

CFP - alla classe _____

L'Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto Socio – Sanitario

di _____ - sede di _____

riunita in data _____ esaminata e valutata la documentazione prodotta, attesta che

non è stata riscontrata patologia significativa ai fini dell'inclusione scolastica

è stata riscontrata la seguente patologia rilevante ai fini dell'inclusione scolastica

Diagnosi e codice ICD10

Asse	D.Pr.	Codice	Descrizione
1	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>		

Area di disabilità:

relazione comunicazione apprendimento motoria

La patologia è:

fisica psichica sensoriale

e risulta:

stabilizzata progressiva

L'alunno visto il suo profilo di funzionamento si trova in situazione di necessità di sostegno elevato o molto elevato o con necessità di sostegno intensivo ai fini dell'inclusione scolastica SI NO

Il/la minore è in possesso delle seguenti certificazioni:

- invalidità civile rilasciata dalla Commissione per l'Invalidità Civile dell'AULSS 2 -Marca Trevigiana

SI NO procedura in corso

- certif. di condizione di disabilità rilasciato dalla Commissione Integrata per l'Invalidità Civile dell'AULSS 2 ai sensi della L 104/92

art.3 c.1 SI NO

art.3 c.3 SI NO

Solo per l'iscrizione alla scuola secondaria di secondo grado (istituti tecnici, professionali e artistici):

Vista la documentazione presentata il minore è idoneo non è idoneo a frequentare i laboratori della scuola richiesta

Note:

Il presente accertamento ha validità a partire dall'A.S. 2020/2021 e **fino al termine della frequenza della scuola:**

Infanzia
 Primaria
 Secondaria di 1° grado
 Secondaria di 2° grado
 altro: fino

Referente del caso: _dott._____ Aulss2 Marca Trevigiana

Rinnovo **Nuova certificazione**

convoca ti	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Responsabile U.V.M.D.		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Neuropsichiatra Inf.		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Medico associaz.		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	MMG/PLS		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Ass. Sociale		
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>			

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.D.

DATA: