

**CERTIFICAZIONE PER ASSEGNAZIONE  
OPERATORE SOCIO-SANITARIO/ADDETTO ALL'ASSISTENZA**

Anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Alunno \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

frequentante nell'anno in corso la scuola:                      statale                       paritaria

Asilo nido                       Infanzia                       Primaria

Sec. 1° grado                       Sec. 2° grado                       C.F.P.

sede \_\_\_\_\_

nel prossimo a.s. frequenterà la scuola:                      statale                       paritaria

Asilo nido                       Infanzia                       Primaria

Sec. 1° grado                       Sec. 2° grado                       C.F.P.

sede \_\_\_\_\_

**sintesi diagnostica ICD-10**  
come da ultimo verbale UVMD

Asse	D.P	Codice	Descrizione

altro

area di disabilità:                       relazione                       comunicazione                       apprendimento                       motoria                       sensoriale

Presenza di art. 3 c. 3:                       sì                       no

È stata rilasciata certificazione?                       sì                       no                      (motivo) \_\_\_\_\_

Interventi riabilitativi in corso o programmati presso il Servizio (specificandone frequenza e durata annuale)

---

---

---

Osservazioni sui tempi di intervento assistenziale previsti dal Servizio

---

---

---

## DESCRIZIONE DELL'ALUNNO

Per ciascuna categoria I.C.F. indicare la gravità del problema (considerare la **capacità**) relativamente alle funzioni corporee ed alle attività (esecuzione di un compito o di una azione da parte del soggetto).

*[Indicare la gravità del problema secondo la seguente scala: 0 = nessun problema; 1 = problema lieve; 2 = problema medio; 3 = problema grave; 4 = problema completo; 8 = non specificato (categoria rilevante per il soggetto ma priva di valutazioni); 9 non applicabile (categoria non rilevante per il soggetto)]*

### 1) Area dell'autonomia personale

#### a) Cura della persona

Attività	0	1	2	3	4	8	9
d510 lavarsi							
d530 bisogni corporali							
d540 vestirsi							
d550 mangiare							
d560 bere							

Eventuali osservazioni:

---

---

#### b) Mobilità

Funzioni corporee	0	1	2	3	4	8	9
b730 Funzioni della forza muscolare							
b735 Funzioni del tono muscolare							
b760 Funzioni di controllo del movimento volontario							
b765 Funzioni del movimento involontario							
b770 Funzioni del pattern dell'andatura							

Eventuali osservazioni:

---

---

Attività	0	1	2	3	4	8	9
d415 mantenere una posizione corporea							
d430 sollevare e trasportare oggetti							
d440 uso fine della mano							
d445 uso della mano e del braccio							
d450 camminare							
d455 spostarsi							
d460 spostarsi in diverse collocazioni							

Eventuali osservazioni:

---

---

**c) Compiti e richieste generali**

<b>Funzioni corporee</b>	0	1	2	3	4	8	9
b1140 funzioni dell'orientamento rispetto al tempo							
b1141 funzioni dell'orientamento rispetto allo spazio							
b117 funzioni intellettive (compreso ritardo)							
b130 funzioni dell'energia e delle pulsioni							
b140 funzioni dell'attenzione							
b1560 percezione uditiva							
b1561 percezione visiva							
b147 funzioni psicomotorie							

Eventuali osservazioni:

---

---

<b>Attività</b>	0	1	2	3	4	8	9
d210 intraprendere un compito singolo							
d220 intraprendere compiti articolati							
d230 eseguire la routine quotidiana							
d240 gestire la tensione ed altre richieste di tipo psicologico							

Eventuali osservazioni:

---

---

**2) Area relazionale**

<b>Funzioni corporee</b>	0	1	2	3	4	8	9
b122 funzioni psicosociali globali							
b152 funzioni emozionali							

Eventuali osservazioni:

---

---

<b>Attività</b>	0	1	2	3	4	8	9
d710 interazioni interpersonali semplici							
d720 interazioni interpersonali complesse							

Eventuali osservazioni:

---

---

**3) Area della comunicazione**

<b>Funzioni corporee</b>	0	1	2	3	4	8	9
b1670 Recepire il linguaggio							
b1671 Espressione del linguaggio							

Eventuali osservazioni:

---

---

<b>Attività</b>	0	1	2	3	4	8	9
d310 comunicare con – ricevere – messaggi verbali							
d315 comunicare con – ricevere – messaggi non verbali							
d330 parlare							

d335 produrre messaggi non verbali							
Eventuali osservazioni:							

**FATTORI AMBIENTALI**

In relazione ai bisogni della persona, indicare se e quanto (usare i qualificatori) i seguenti fattori ambientali sono facilitatori o barriere (se assenti o presenti in modo insufficiente) per il soggetto, nella sua attuale situazione di vita.

Qualificatori: 0 nessuna barriera – nessun facilitatore, 1 barriera lieve, 2 barriera moderata, 3 barriera grave, 4 barriera completa, 8 barriera – non specificata, 9 non applicabile – non rilevante, +1 facilitatore lieve, +2 facilitatore moderato, +3 facilitatore notevole, +4 facilitatore completo, +8 facilitatore – non specificato

Descrizione fattori ambientali	qualificatore
e 115 prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana (protesi, tutori, tavoli, sedie, seggiole, stabilizzatori, ecc.)	
Notizie e suggerimenti utili:	

e 120 prodotti e tecnologia per la mobilità e il trasporto in ambienti esterni ed interni (ausili per camminare, carrozzine, tricicli, carrelli, deambulatorelli, sollevatori, ecc.)	
Notizie e suggerimenti utili:	

e 125 prodotti e tecnologia per la comunicazione (comunicatori, protesi acustiche, impianti cocleari, tavole di comunicazione, strumenti ottici, programmi informatici specifici, ecc.)	
Notizie e suggerimenti utili:	

e 150 prodotti e tecnologia per il pubblico utilizzo dell'edificio scolastico (rampe di accesso, ascensori o montacarichi, bagni per disabili, ecc.)	
Notizie e suggerimenti utili:	

e 340 persone che forniscono assistenza in ambito scolastico (operatore socio-sanitario/addetto all'assistenza, mediatore alla comunicazione, educatore, collaboratore scolastico, ecc.)	
Notizie e suggerimenti utili:	

Data .....

Firma

.....  
(timbro e firma)