


 DOMANDA PER LA VALUTAZIONE DELLE SITUAZIONI DI HANDICAP AI FINI
 DELL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA (d.g.r. n. 2248 del 17/07/2007)

 Il Sottoscritto/a _____ nella sua qualità
 di

 Genitore Tutore

 Nato/a _____ Prov. _____ il _____
 Residente in _____ (CAP) _____ in via _____
 Tel _____ Cell. _____ mail _____

CHIEDE

Che il minore:

Cognome: _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ CAP _____

Via _____

C.F. _____

Venga valutato ai fini dell'integrazione scolastica:

- Nido
- Scuola dell'infanzia
- Scuola primaria alla classe _____
- Scuola secondaria di I grado alla classe _____
- Scuola secondaria di II grado alla classe _____
- Centro Formazione Professionale alla classe _____

ALLEGA

- Certificato medico che riporta (obbligatorio)
- ✓ Diagnosi clinica
 - ✓ Indicazioni se si tratta di patologia stabilizzata o progressiva
- Altra documentazione (facoltativa)
- ✓ Copia verbale invalidità civile e/o handicap ai sensi della L. 104/92
 - ✓ Eventuale richiesta di presenza nell'UVMD di un medico di fiducia (vedi punto 2/d disciplinare)
 - ✓ Altro _____

Data _____

Firma del o/di entrambi i genitori o tutore _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento relativo al riconoscimento dello stato di handicap ai sensi dell'integrazione scolastica e dei benefici da esso derivante ed in conformità alle disposizioni vigenti in materia di privacy del predetto Decreto esprime il suo consenso al trattamento degli stessi.

Data _____ Firma del o/di entrambi i genitori o tutore _____