

5) A. MOTORIO-					
4) A. SENSORIALE					
3) A. RELAZIONALE					
2) A. COMUNICAZIONE					
E APPRENDIMENTO					
1) A. COGNITIVA	0	1	2	3	4

GRADO DI COMPROMISSIONE FUNZIONALE PER AREE

L'alunno fruiscce attualmente di interventi terapeutico / riabilitativi da parte di:

ASSE ICD 10 (1-5)	Codice ICD 10	Diagnosi	D. prevalente (P) D. associata (A)

Diagnosi e codice ICD10

Iscritto nell'a.s. _____ / _____ alla sezione/classe _____ della scuola:
 Dell'Infanzia
 Primaria
 Secondaria 1° Grado
 Secondaria 2° Grado
 Istituto _____
 Istituto _____
 Istituto _____
 Istituto _____

Cognome	Nome
Vato/a il	a
Indirizzo	telef.

CERTIFICAZIONE
 (Art.2 D.P.R. 24.02.1994-DGR n.2248 17.07.2007)

REGIONE DEL VENETO
 AZIENDE - ULSS n° 18 di Rovigo e n° 19 di Adria
 Servizio di Neuropsichiatria Infantile
 di _____

PRASSICA						
6) A. AUTONOMIA PERSONALE						
7) AREE DI VITA PRINCIPALI (AUTONOMIA SOCIALE)						

Seguirà Diagnosi Funzionale

Firme

Dirigente Medico NPI _____

Dirigente Psicologo _____

NOTE

1. La presente certificazione è soggetta a segreto d'ufficio;
2. L'esercente la potestà di genitore si riserva il diritto di presentare il presente certificato alla scuola.

Firma dei Genitori o degli Esercenti la potestà genitoriale _____