



REGIONE DEL VENETO

UNITA' LOCALE SOCIO SANITARIA N. _____ DI _____
Distretto socio sanitario n.° _____

**VERBALE DI ACCERTAMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ALUNNO IN
SITUAZIONE DI HANDICAP AI SENSI DEL DPCM N. 185 DEL 23 FEBBRAIO 2006**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ C.a.p. _____

Codice Fiscale _____

Data di presentazione della domanda _____

Da parte di _____ In qualità di _____

Iscrizione per l'anno scolastico _____ presso la scuola:

- ☐ Dell'infanzia
- ☐ Primaria
- ☐ Secondaria di I grado
- ☐ Secondaria di 2° grado

di _____

L'Unità di Valutazione Multidimensionale, riunita in data _____

esaminata e valutata la documentazione prodotta, attesta:

Diagnosi clinica e codice ICD 10

I	II
III	IV
V	VI

Viene individuato come *case manager* _____

La patologia è:

- ☐ Fisica
- ☐ Psicica
- ☐ Sensoriale
- ☐ Plurima

E risulta:

- ☐ Stabilizzata
- ☐ Progressiva

Grado di compromissione clinica:

☐ Lieve

☐ Medio

☐ Alto

Il presente accertamento è valido per anni 1 2 3 4 5

Firme componenti della Unità di Valutazione Multimensionale:

Responsabile UVMD _____

Neuropsichiatra _____

Psicologo _____

Assistente sociale SISS _____

Pediatra di libera scelta o Medico di medicina generale _____

Data: _____

Il presente certificato viene rilasciato su richiesta degli interessati per gli usi consentiti dalla legge.

Avverso il presente verbale di accertamento è possibile reiterare la domanda di valutazione al distretto socio sanitario di residenza, allegando altra documentazione utile ai fini valutativi o, altresì, come previsto, ricorrere avanti all'autorità giudiziaria competente.