

Cognome _____ Nome _____
Sesso M F Data nasc. _____ Com. nascita _____
classe _____ Sez _____ Corso _____

DATI CERTIFICAZIONE MEDICA

Data verbale accertamento del collegio medico -legale _____
Codice prevalente _____
Codice secondario _____
Codice terziario _____
Beneficio legge 104 (Art. 3 comma 1) (Art. 3 comma 3)
Struttura sanitaria che ha emesso la certificazione _____
Data visita (certificazione) _____
Prevista revisione diagnosi SI NO Data revisione _____
Presenza diagnosi funzionale SI NO Data diagnosi _____

P.D.F. e P.E.I.

P.D.F. SI NO Data P.D.F. _____
P.E.I. Ordinario Differenziato NO Data P.E.I. _____
Attestato di frequenza SI NO

ORE SETTIMANALI DI SOSTEGNO

Presenza assistenza di base ATA Scuola SI NO
Presenza della figura Educativo - Assistenza AEC SI NO
Necessità della figura dell'assistente per autonomia o comunicazione SI NO
Le ore di sostegno sono state oggetto di sentenza SI NO
Ore assegnate al docente di sostegno _____
Stato fascicolo In lavorazione Completo

Note _____

