

REGIONE DEL VENETO



ULSS2
MARCA TREVIGIANA

UNITA' LOCALE SOCIO - SANITARIA N.2 - Marca Trevigiana
Via S. Ambrogio di Fiera, 37- 31100 TREVISO
Cod. Ente 050-109 - Cod. Fisc. 03084880263

VERBALE DI ACCERTAMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE
DELL'ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP
AI SENSI DEL DPCM N. 185 DEL 23/02/ 2006 E DELLA DGRV 2248 del 17/07/2007

Dati dell'alunno/a

Iscrizione per l'anno scolastico 2021/2022

Scuola dell'infanzia statale paritaria

Primaria - alla classe _____

Secondaria di I grado - alla classe _____

Secondaria di II grado - alla classe _____

CFP - alla classe _____

L'Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto Socio - Sanitario

di TREVISO- sede di _C/O CENTRO SAMAROTTO

riunita in data 16/06/2021 esaminata e valutata la documentazione prodotta, attesta che

non è stata riscontrata patologia significativa ai fini dell'integrazione scolastica

è stata riscontrata la seguente patologia rilevante ai fini dell'integrazione scolastica

Diagnosi e codice ICD10

Asse	D.Pr.	Codice	Descrizione
1	<input checked="" type="checkbox"/>	F.84.0	DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO
2	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>		

Area di disabilità:

relazione comunicazione apprendimento motoria

La patologia è:

fisica psichica sensoriale

e risulta:

stabilizzata progressiva

L'alunno visto il suo profilo di funzionamento si trova in situazione di particolare gravità clinica ai fini dell'integrazione scolastica

SI NO

Il/la minore è in possesso delle seguenti certificazioni:

- invalidità civile rilasciata dalla Commissione per l'Invalidità Civile dell'AULSS 2 -Marca Trevigiana

SI NO procedura in corso

- certif. di handicap rilasciato dalla Commissione Integrata per l'Invalidità Civile dell'AULSS 2 ai sensi della L 104/92

art.3 c.1 SI NO

art.3 c.3 SI NO

LA COPIA È COMPOSTA
DI N° FOGLI
PER COPIA CONFORME

Note: il PLS/MMG PRESENTE TRAMITE PIATTAFORMA MEET

Il presente accertamento ha validità a partire dall'A.S. 2021/2022 e fino al termine della frequenza della scuola:

Infanzia
Primaria
Secondaria di 1° grado
Secondaria di 2° grado
altro: fino

Validità

Referente del caso:

Rinnovo Nuova certificazione

convoca ti	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma
1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	Responsabile U.V.M.D.		
2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	Psicologo		
3 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	Medico associaz.		
4 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>	MMG/PLS		
5 <input checked="" type="checkbox"/>	5 <input checked="" type="checkbox"/>	Ass. Sociale		
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>			

DATA: 16/06/2021

Data di rilascio

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.D.