

## Intestazione del servizio che rilascia la certificazione

(da consegnare ai genitori  
per il medico di base o pediatra  
ed eventualmente ai fini riconoscimento L. 104)

Oggetto: Certificazione

**COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

**NASCITA:** luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**RESIDENZA:** comune \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

SCUOLA FREQUENTATA NELL'ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

infanzia    primaria    secondaria di primo grado    secondaria di secondo grado

CLASSE \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI** (secondo ICD 10 o DSM IV)

ADATTAMENTO E COMPROMISSIONE FUNZIONALE (descrittivo e con eventuale scala di valutazione)

Si ritiene/ non si ritiene necessaria la valutazione ai sensi della L. 104 ai fini del sostegno scolastico.

**LO SPECIALISTA**

(timbro e firma)

-----li-----

---