

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-----
