**ALUNNO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🗆 INFANZIA 🗆 PRIMARIA 🗆 SEC. I GRADO**

**Dati certificazione medica**

|  |  |
| --- | --- |
| Data verbale di accertamento del collegio medico-legale |  |
| Classificazione (ICD-10 oppure ICD-9) |  |
| Codice prevalente |  |
| Codice secondario |  |
| Codice terziario |  |
| Beneficio legge 104 | **🗆** art. 3 comma 1 | **🗆** art. 3 comma 3 |
| Struttura sanitaria che ha emesso la certificazione |  |
| Prevista revisione diagnosi clinica | **🗆** 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. | **🗆** SI  **🗆** NO | Data P.E.I.: |

**Dati certificazione medica**

|  |  |
| --- | --- |
| Presenza assistenza di base – ATA scuola | **🗆** SI  **🗆** NO |
| Presenza della figura educativo - assistenziale AEC | **🗆** SI **🗆** NO | Ore previste: | Ore assegnate: |
| Necessità della figura dell’assistente per autonomia o comunicazione | **🗆** SI **🗆** NO | Ore previste: | Ore assegnate: |
| Le ore di sostegno sono state oggetto di una sentenza? | **🗆** SI **🗆** NO | **🗆** Sentenza **🗆** Ordinanza | Data: |
| Ore complessive assegnate docente di sostegno | N. ore: |

**FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **AGGIORNATO AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**