ALLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Distretto Esaro Pollino – ASP Cosenza

Richiesta di redazione del Profilo di Funzionamento da parte dell'Unità Multidisciplinare (presvista dal D.Lgs. 66/2017 e successive modificazioni art. 5, comma 6) ai fini dell'integrazione scolastica.
Via delle Bouganville – 87012 Castrovillari – tel 0981 30330/491465

I sottoscritti genitot/tutori_____residenti a_____CAP_____ Via _____ in possesso del "VERBALE" rilasciato dalla Commissione Medica dell'INPS, riguardante il proprio figlio/a

CHIEDONO

- ☐ Prima redazione PROFILO DI FUNZIONAMENTO
- ☐ Rinnovo PROFILO DI FUNZIONAMENTO

secondo i criteri di classificazione di disabilità e salute previsti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, da parte dell'Unità Multidisciplinare prevista dall'articolo 3, comma 2 D.P.R. 24.02.1994, per il proprio figlio/a:

Cognome_____ Nome_____

Nato/a a_____ il _____ residente a _____

Via_____ n° _____

A tal fine DICHIARANO

Che l'alunno frequenta/frequenterà nel corrente/prossimo anno scolastico _____ la classe _____

☐scuola dell'infanzia ☐ scuola primaria ☐ scuola secondaria di I° grado ☐scuola secondaria di II° grado

ALLEGANO

- ☐ Copia del "VERBALE" rilasciato dalla Commissione Medica dell'INPS
- ☐ Copia documentazione medica utile alla stesura del Profilo di Funzionamento
- ☐ Copia altra documentazione specifica
- ☐ Copia del documento di riconoscimento del genitore

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e autorizzo il trattamento degli stessi per le finalità connesse alla valutazione e alla redazione del Profilo di Funzionamento.

Data Firma dei genitori