



## ALLEGA

**Certificato medico che riporta:**

- la diagnosi clinica codificata preferibilmente secondo l'ICD 10 multiassiale o in subordine secondo l'ICD 9 CM; in presenza di diagnosi plurime indicare la "diagnosi principale" identificata quale condizione responsabile della richiesta di accertamento;
- la indicazione se trattasi di patologia stabilizzata o progressiva.

**N.B.** Il certificato medico è obbligatorio e deve essere rilasciato da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata e che opera in una struttura pubblica o da medico specialista di IRCCS accreditato per attività di neuropsichiatria infantile. In caso di patologia psichica la certificazione può essere rilasciata dallo psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza di struttura pubblica dell'infanzia e e dell'adolescenza o da psicologo di IRCCS accreditato per attività di neuropsichiatria infantile.

**Relazione clinica che evidenzia:**

- lo stato di gravità della disabilità;
- il quadro funzionale sintetico del minore, con indicazione dei test utilizzati (allegando copia dei test stessi) e dei risultati ottenuti, che descriva le maggiori problematiche nelle aree:
  - ✓ cognitiva e neuropsicologica;
  - ✓ sensoriale;
  - ✓ motorio-prassica;
  - ✓ affettivo-relazionale e comportamentale;
  - ✓ comunicativa e linguistica;
  - ✓ delle autonomie personali e sociali.

**N.B.** La relazione clinica è obbligatoria e deve essere redatta da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata o da uno psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza di struttura pubblica.

**Altra documentazione:**

- ✓ Copia del verbale di invalidità civile (se in possesso);
- ✓ Copia riconoscimento stato di handicap ai sensi L. 104/92 art. 3, comma 1 (se in possesso);
- ✓ Copia certificato di gravità ai sensi L. 104/92 art. 3, comma 3 (se in possesso);
- ✓ Altri test (specificare):

.....  
.....

Data .....

Firma .....

***Ai sensi degli artt. 19 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000, il sottoscritto autocertifica che quanto riportato nella presente domanda corrisponde al vero.***

Data .....

Firma del genitore o tutore .....

***Ai sensi del D.Lgs 196/03 si comunica che i dati vengono gestiti per via informatica e cartacea da personale incaricato dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese***