COMPLETARE COL COMPUTER - GRAZIE

Studente **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Classe **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** sede **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dati certificazione medica**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data Verbale di accertamento del collegio medico-legale | | | | | |  |
| Codice prevalente | | |  | | | |
| Codice secondario | | |  | | | |
| Codice terziario | | |  | | | |
| Beneficio legge 104 | | | ⃝ (art.3 comma 1)   ⃝ (art.3 comma 3) | | | |
| Data Verbale di accertamento del collegio medico-legale | | | | | |  |
| Struttura sanitaria che ha emesso la certificazione ASL | | | | | |  |
| Data della visita (certificazione ASL) | | | | |  | |
| Data revisione diagnosi clinica – se prevista | | | | |  | |
| Data diagnosi funzionale | | | |  | | |
| P.E.I. | ⃝ (con programmazione ordinaria) ⃝ (con programmazione differenziata) | | | | | |
| Data P.E.I. | |  | | | | |

**Ore di sostegno**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Presenza assistenza di base - ATA scuola |  |  | | |
| Presenza della figura educativo - assistenziale AEC | Ore previste |  | Ore assegnate |  |
| Necessità della figura dell'assistente per autonomia o comunicazione | Ore previste |  | Ore assegnate |  |
| Le ore di sostegno sono state oggetto di una sentenza? |  |  | | |
| Ore assegnate al docente di sostegno |  |  | | |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_