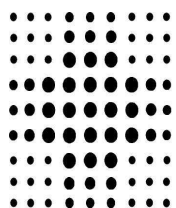


Allegato 1

Modello di Diagnosi Clinica/Certificazione



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

Dipartimento di Salute Mentale-DP

**Unità Operativa di Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UO.NPIA)**

CERTIFICAZIONE

ai sensi art. 12 - 13 Legge 104/92

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ a _____
il _____

Residente _____ Via _____

N° _____

Comune _____

Provincia _____

CODICE
FISCALE _____

DIAGNOSI CLINICA

CODIFICAZIONE – DIAGNOSI (ICD – 10)

_____ ; _____ ;

GRAVITA'	<input type="checkbox"/>	SI
FUNZIONALE	<input type="checkbox"/>	NO

RISORSE PER L'INTEGRAZIONE

<input type="checkbox"/> docente di sostegno
<input type="checkbox"/> supporto assistenziale specifico
<input type="checkbox"/> supporto assistenziale di base
<input type="checkbox"/> supporto / progetti specifici:

<input type="checkbox"/> ausili per _____
<input type="checkbox"/> altro _____

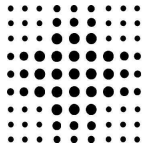
ANNO SCOLASTICO ____ / ____	Iscrizione prevista alla classe _____
Scuola/Istituto _____	
Comune _____	
<input type="checkbox"/> nuova certificazione	<input type="checkbox"/> rinnovo

(Firme) Neuropsichiatra Infantile _____
 Responsabile U.O.N.P.I.A _____

Luogo _____ data _____

Allegato 2

Modello di Diagnosi Funzionale



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

**Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
Patologiche (DSMDP)
Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e
dell'Adolescenza (UO.NPIA)**

DIAGNOSI FUNZIONALE
ai sensi art. 3 Legge 104/92

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____
Residente Via _____ N° _____
Comune _____ Provincia _____

CODICE FISCALE _____

Anno Scolastico _____

AREA MOTORIA

AREA SENSORIALE

AREA COGNITIVA

AREA LINGUISTICO COMUNICATIVA

AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE

AREA AUTONOMIA PERSONALE

GRADO DI COMPROMISSIONE FUNZIONALE DELLE AREE

	LIEVE	MEDIO	GRAVE
MOTORIA			
SENSORIALE			
COGNITIVA			
APPRENDIMENTI			
LINGUISTICO/COMUNICATIVA			
AFFETTIVO/RELAZIONALE			
AUTONOMIA PERSONALE			
AUTONOMIA SOCIALE			

Operatori _____
Referenti _____

Luogo _____

Data _____