**ALLEGATO B) parte 1**

**REGIONE PIEMONTE ASL**

**PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA**

**(DIAGNOSI FUNZIONALE - ASPETTI SANITARI)**

Al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scuola frequentata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BREVE ANAMNESI E DIAGNOSI CLINICA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODIFICA ICD 10

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FUNZIONI CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario**

*Descrivete* ***solo*** *le menomazioni e/o degli eventuali punti di forza delle funzioni corporee*

*quando significativi, attraverso una forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice*

*ICF completo del qualificatore. Utilizzate come traccia la “*checklist PMT*”*

**STRUTTURE CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario**

*Descrivete le caratteristiche* ***solo*** *delle menomazioni significative di cui si ha documentata*

*evidenza. Utilizzate una forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice ICF*

*completo dei suoi qualificatori. Utilizzate come traccia la “*checklist PMT*”*

**Firma del medico specialista**

(Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma dello psicologo**

(Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma di altri operatori concorrenti alla stesura del Profilo**

(Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO B) parte 2**

**REGIONE PIEMONTE ASL/UMI**

**PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA**

**E PROGETTO MULTIDISCIPLINARE**

Compilato/Aggiornato al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DA ALLEGATO B) PARTE 1 - PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO**

**(DIAGNOSI FUNZIONALE -ASPETTI SANITARI)**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scuola frequentata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BREVE ANAMNESI E DIAGNOSI CLINICA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODIFICA ICD 10

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FUNZIONI CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario**

*Descrivete* ***solo*** *le menomazioni e/o degli eventuali punti di forza delle funzioni corporee*

*quando significativi, attraverso una forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice*

*ICF completo del qualificatore. Utilizzate come traccia la “*checklist PMT*”*

**STRUTTURE CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario**

*Descrivete le caratteristiche* ***solo*** *delle menomazioni significative di cui si ha documentata*

*evidenza. Utilizzate una forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice ICF*

*completo dei suoi qualificatori. Utilizzate come traccia la “*checklist PMT*”*

Parte 2: profilo descrittivo di funzionamento (a cura dell’UMI)

**A CURA DELL’UNITA’ MULTIDISCIPLINARE INTEGRATA**

**ATTIVITA’ E PARTECIPAZIONE (ICF)**

*Descrivete* ***solo*** *l’entità delle limitazioni e gli eventuali punti di forza delle attività e della*

*partecipazione che appaiono significative per la persona.*

*La descrizione deve essere fatta in forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice*

*ICF completo dei suoi qualificatori in termini di* **Performance** *(ciò che la persona fa nel*

*suo ambiente - facilitatori e barriere compresi –),* **Performance 1** *(ciò che la persona fa*

*con facilitatori e barriere strumentali, senza l’influenza delle persone) e* **Capacità** *(ciò che*

*la persona sarebbe in grado di fare da sola, senza facilitatori né barriere di alcun tipo).*

*In caso di differenze tra* **Performance**, **Performance 1**, *e* **Capacità** *descrivete i* **Fattori**

**Ambientali** *che ne sono responsabili e la loro modalità di interazione con la persona.*

*Utilizzate come traccia la “*checklistPMT*” e l’allegato “*breve elenco dei fattori ambientali*”*

**d1**. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE

**d2**. COMPITI E RICHIESTE GENERALI

**d3**. COMUNICAZIONE

**d4**. MOBILITA’

**d5**. CURA DELLA PROPRIA PERSONA

**d6**. VITA DOMESTICA

**d7**. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI

**d8**. AREE DI VITA PRINCIPALI

**d9**. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA’

**FATTORI CONTESTUALI PERSONALI**

*Fate una descrizione sintetica del soggetto e di ogni altra informazione rilevante non*

*descritta in precedenza.*

*Includete tutti i Fattori Personali che possono avere un impatto sul funzionamento (es. stili*

*di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, ecc) non descrivibili nelle*

*dimensioni precedentemente prese in esame.*

***A cura dell’interessato e/o della famiglia***

**Punto di vista della persona**

***Mi presento***

1. I miei punti di forza ( cosa so fare, cosa mi piace fare, gli aspetti positivi del mio

carattere, cosa devi conoscere di me, modi con i quali posso comunicare con te,

ecc)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Cose che trovo difficili (cosa proprio non riesco a fare, cosa posso fare se ricevo

aiuto, ecc)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Ciò che è più importante fare per aiutarmi e come

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Punto di vista di chi rappresenta la persona**

1. I suoi punti di forza ( cosa sa fare, cosa gli piace fare, gli aspetti positivi del suo

carattere, ecc)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Cose che trova difficili (cosa proprio non riesce a fare, cosa può fare se riceve

aiuto, gli aspetti problematici del suo carattere, ecc)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Ciò che è più importante fare per aiutarlo e come

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ELEMENTI PER LA DEFINIZIONE DEL PROGETTO MULTIDISCIPLINARE PER**

**L’INCLUSIONE SCOLASTICO-FORMATIVA.**

**A) LE COSE PIÙ IMPORTANTI DA PROGRAMMARE**

**B) AZIONI SOCIALI ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA** (riportare AD

ESEMPIO le azioni attivate).

**C) AZIONI SANITARIE ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA** (riportare AD

ESEMPIO i trattamenti o le azioni attivate)

**D) AZIONI SCLOLASTICHE ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA**

(riportare AD ESEMPIO le azioni attivate)

**L’ALUNNO NECESSITA A**

**Assistenza sanitaria a scuola** 􀂆 **Sì** 􀂆 **No**

􀁡Specificare

**Utilizzo di prodotti, adattamenti ambientali e tecnologie** 􀂆 **Sì** 􀂆 **No**

􀁡Specificare

**Assistenza di base (CCNL Comparto Scuola)** 􀂆 **Sì** 􀂆 **No**

􀁡Specificare

**Assistenza Specialistica (nota 30/XI/2001 prot. 3390)** 􀂆 **Sì** 􀂆 **No**

􀁡Specificare

**REFERENTI/RESPONSABILI PER I VARI INTERVENTI**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IDONEITA’ ALLA FREQUENZA DELLE STRUTTURE FORMATIVE IN CUI SIANO**

**PREVISTE ATTIVITA’ DI LABORATORI(Istituti Tecnici Professionali ed Artistici e**

**Formazione Professionale)**

**(richiesta in relazione all’incolumità dell’alunno/a -CM 400 del 31/12/91):**

IDONEO NON IDONEO

**Firma del Referente del caso**

**ASL SANITA’/SCUOLA**

(Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I/Il genitore/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

**Questo documento è sottoposto al segreto professionale (art. 622 C. P.)**

**ALLEGATO C)**

**REGIONE PIEMONTE**

**ASL**

Il sottoscritto…………………………………………padre (o tutore) di………………………………..………………

Nato a………………………………………………..il……………………………………………..

La sottoscritta………………………………………madre (o tutrice) di………………………………….………….…

Nata a………………………………………………..il……………………………………………..

**DICHIARANO**

**DI ESSERE STATI INFORMATI** circa le procedure per l’individuazione del proprio figlio/a (o della persona

su cui si esercita la funzione di tutore) come alunno/a con:

􀀀 Disabilità

**DI DARE IL CONSENSO (oltre a quanto già dichiarato in sede di primo accesso al Servizio sanitario):**

􀀀 All’ utilizzo dei dati sanitari emersi in fase di accertamento, nei momenti di redazione

del Profilo di funzionamento e del progetto multidisciplinare alla presenza di operatori di

altri Servizi o Enti

􀀀 Al coinvolgimento del figlio/a (o della persona su cui si esercita la funzione di tutore),

nelle modalità da concordare, nella compilazione del Profilo di Funzionamento e del

Progetto Multidisciplinare

􀀀 Alla registrazione del Profilo di Funzionamento e del Progetto Multidisciplinare nel

Sistema Informativo utilizzato dal servizio sanitario

􀀀 All’attivazione delle procedure di legge per il riconoscimento di:

􀀀 persona con Handicap ai sensi della legge 104/92

􀀀 persona con invalidità ai sensi di legge 118/71

Luogo…………………..…………….., Data ………………………………….

Firma padre o tutore

Firma madre o tutore