



Provincia
di Milano

Mod. B - Questionario da allegare al Modulo A

Cognome e nome dello studente/ssa _____

Data di nascita _____

Composizione del nucleo familiare:

professione padre _____

professione madre _____

coniugati conviventi separati divorziati ¹

fratelli numero _____ età _____

Età della diagnosi della problematica sensoriale _____

Si tratta di una patologia: stabilizzata progressiva

Necessita di traduzione in Lingua Italiana dei Segni: si no

Necessita di trascrizione in Braille: si no

Interventi correttivi:

porta occhiali dall'anno _____

porta protesi acustiche dall'anno _____

impianto cocleare orecchio destro nell'anno _____

impianto cocleare orecchio sinistro nell'anno _____

altro _____

Servizi di riferimento per gli interventi riabilitativi:

Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di:

Altri Servizi:

Codice esenzione per patologia : _____

indennità percepite per invalidità civile :

di frequenza di comunicazione speciale accompagnamento

pensione di invalidità civile

domanda in attesa di esito domanda non presentata

Firma del Genitore/Affidatario

Data _____

¹ Si richiede la compilazione del modulo **DICHIARAZIONE DI ASSENSO TRA GENITORI** e in caso di irreperibilità dell'altro genitore compilare il modulo **DICHIARAZIONE DI IRREPERIBILITÀ**