

Che la patologia
.....
..... é:

- Fisica
- Psicica
- Sensoriale
- Plurima

E RISULTA

- Stabilizzata
- Progressiva

Il presente accertamento è valido fino :

- Al passaggio di ciclo
- All'anno

IL COLLEGIO:	Cognome e nome	Firma
Neuropsichiatra Infantile	_____
Psicologo	_____
Assistente Sociale	_____

Data,

*E' facoltà del richiedente sottoporre il presente verbale al collegio del riesame costituito presso la ASL della Provincia di Como - Via Castelnuovo,1 - COMO
Avverso il presente verbale di accertamento è fatta salva la possibilità di ricorso in via giurisdizionale al tribunale di Como Sez. Lavoro*

Ai sensi del D. Lgs. 196/03 " Codice in materia di protezione dei dati personali" si comunica che i dati vengono gestiti, per via informatica e cartacea, dal personale incaricato ASL e dal Collegio di Accertamento.