

**CERTIFICATO SPECIALISTICO PER DISABILITA' VISIVA PER INSERIMENTO ASILO
NIDO/MICRONIDO/SEZIONE PRIMAVERA**

(su carta intestata del Centro Specialistico/Specialista del servizio pubblico o privato accreditato)

CONDIZIONE CLINICA NECESSARIA ALL'ACCESSO AL SERVIZIO:

BAMBINI CON QUADRI DI IPOVISIONE O CECITÀ, CONGENITA O ACQUISITA, ISOLATA O ASSOCIATA AD ALTRE PATOLOGIE ACCERTATE O IN VIA DI ACCERTAMENTO.

Dalla valutazione clinica deve emergere un quadro di ipovisione non migliorabile con correzione ottica o terapia. Trattasi di situazione di malattia stabile o progressiva e pertanto meritevole dell'inserimento nel percorso.

Quando non è definita la diagnosi o in fase di definizione è necessario dettagliare la voce "DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA VISIVA".

COGNOME E NOME DEL BAMBINO:

DATA DI NASCITA:

ETA':

CENTRO DI RIFERIMENTO PUBBLICO O PRIVATO ACCREDITATO (INDICARE ANCHE TELEFONO E MAIL):

OCULISTA PUBBLICO O PRIVATO ACCREDITATO DI RIFERIMENTO (INDICARE ANCHE TELEFONO E MAIL):

ORTOTTISTA DI RIFERIMENTO (INDICARE ANCHE TELEFONO E MAIL):

PEDIATRA DI RIFERIMENTO (INDICARE ANCHE TELEFONO E MAIL):

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA VISIVA:

EVENTUALI ALTRE PATOLOGIE ASSOCIATE:

IN CORSO ALTRI ACCERTAMENTI PER SOSPETTO DI:

INDOSSA PROTESI:

- OCULARI SI NO
- OCCHIALI SI NO
- LENTI A CONTATTO SI NO

TIPOLOGIA DI PROTESI: MONOLATERALE BILATERALE

ALTRO: _____

DATA

FIRMA
