

CERTIFICATO SPECIALISTICO PER DISABILITA' UDITIVA PER INSERIMENTO ASILO NIDO
(su carta intestata del Centro Specialistico/Specialista del servizio pubblico o privato accreditato)

CONDIZIONE CLINICA NECESSARIA ALL'ACCESSO ALLA SPERIMENTAZIONE:

SORDITA' BILATERALE ANCHE IN DEFINIZIONE DIAGNOSTICA, CHE PUO' DETERMINARE DIFFICOLTA'
NELLO SVILUPPO LINGUISTICO E GLOBALE DEL BAMBINO

COGNOME E NOME DEL BAMBINO:

DATA DI NASCITA:

ETA':

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

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

LOGOPEDIA: SI NO IN ATTESA

COGNOME, NOME LOGOPEDISTA (INDICARE ANCHE TELEFONO E MAIL):

PEDIATRA DI RIFERIMENTO (INDICARE ANCHE TELEFONO E MAIL):

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA UDITIVA:

EVENTUALI ALTRE PATOLOGIE ASSOCIATE:

IN CORSO ALTRI ACCERTAMENTI PER SOSPETTO DI:

MODALITA' DI COMUNICAZIONE:

-INDOSSA PROTESI: SI NO
 LATO DX LATO SX BILATERALE

-INDOSSA IMPIANTO COCLEARE: SI NO
 LATO DX LATO SX BILATERALE

-UTILIZZO LIS: SI NO

ALTRO: _____

DATA

FIRMA
