



Regione Lazio – Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2017 – 2018

MODULO DI RICHIESTA

“TRASCRIZIONE IN BRAILLE, INGRANDIMENTO E TRASPOSIZIONE IN FORMATO ELETTRONICO O AUDIO DI TESTI SCOLASTICI” - ANNO SCOLASTICO 2017-2018

Il sottoscritto _____

Dirigente dell'Istituto Scolastico Pubblico/Paritario

sito in via/piazza _____ n. _____ cap _____

Municipio / Comune _____ ASL _____

telefono _____ fax _____ e-mail _____

CHIEDE

L'importo di euro _____ per attivare per l'a. s. 2017-18 il servizio di trascrizione in braille, ingrandimento e trasposizione in formato elettronico o audio di testi scolastici per l'alunno/a:

Nome e cognome _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell'art.76 del DPR citato

DICHIARA

Che lo studente Nome e cognome _____

è nato/a il _____

e frequenta nell'a.s. 2017-18 la classe _____ sezione _____

dell'Istituto _____

via/piazza _____ n. _____ Cap _____

telefono _____ fax _____ e-mail _____

presenta la seguente diagnosi:

- Occhio destro: visus spento (residuo espresso in decimi) ____ / 10

- Occhio sinistro: visus spento (residuo espresso in decimi) ____ / 10

ha già usufruito del servizio: NO SI

Data..... Timbro e Firma richiedente.....

Dichiara di aver letto l'informativa sulla privacy e di dare il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati forniti nei termini indicati.

Data..... Timbro e Firma richiedente.....