

**REGIONE LAZIO**

***Assessorato Formazione, Diritto allo Studio, Università e Ricerca, Attuazione del Programma***

**Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione**

**Scuola e Università, Diritto allo Studio**

|  |
| --- |
| Linee di indirizzo per la realizzazione dell’integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2018-2019 |

**Allegato 5**

**MODULO DI RICHIESTA**

**PER L’ACCESSO AI CONVITTI E SEMICONVITTI**

**ANNO SCOLASTICO 2018 – 2019**

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_

cap \_\_\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di / Genitore/Affidatario/Tutore dello studente / Interessato se maggiorenne:

**CHIEDE**

In favore dell’alunno

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_

cap \_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a nell’a.s. 2018-19 alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dell’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice meccanografico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipologia disabilità sensoriale: □ visiva □ uditiva

*l’assunzione parziale o totale della retta per l’Istituto sopra citato.*

Indicare se si tratta di:

□ rinnovo annuale della richiesta □ prima presentazione della richiesta

*Il sottoscritto 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 cit.*

*DICHIARA*

* Che lo studente presenta una disabilità sensoriale come previsto dalle Linee di indirizzo per la realizzazione dell’integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2018-2019;
* che lo studente non ha età superiore a 26 anni;
* che lo studente risiede in un comune del territorio della regione Lazio;
* che nel territorio comunale di residenza non è presente un corso analogo a quello che si vuole frequentare;

**Oppure**

* che è presente una situazione di disagio socio-economico per la quale si richiede il sostegno economico per l’accoglienza in strutture convittuali o semiconvittuali per conseguire un corso presente sul territorio di residenza, supportata da apposita relazione rilasciata dai servizi sociali del territorio che giustifica la necessità;
* che nel territorio regionale non è presente un corso analogo (*dichiarazione da attestare solo in caso di richiesta di convitto/semiconvitto fuori dal territorio regionale*).

**SI IMPEGNA**

a partecipare percentualmente in base al proprio scaglione di reddito, al pagamento della retta annuale, versando direttamente all’Istituto o al Convitto presso il quale la/il propria/o figlia/o è accolta/o la quota a proprio carico calcolata sulla base della Tabella di seguito riportata:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Scaglioni di Reddito ISEE**€ | ***Percentuale della retta a carico della Regione secondo il relativo scaglione di reddito -*** limite di spesa massima per la Regione € 11.000,00 | ***Percentuale della retta a carico******della famiglia e / o dell’interessato se maggiorenne secondo il relativo scaglione di reddito***  |
| 1. Da 0 a 12.500,00
 | 100% | 0% |
| 1. Da 12.501,00 a 17.500,00
 | 95% | 5% |
| 1. Da 17.501,00 a 23.500,00
 | 85% | 15% |
| 1. Oltre 23.501,00
 | 80% | 20% |

**ALLEGA**

* Copia del verbale di invalidità civile, attestante il deficit sensoriale (visivo o uditivo), rilasciato da apposita commissione;
* Attestazione ISEE del nucleo familiare relativa al reddito dell’anno precedente a quello di richiesta da compilarsi presso Centro Assistenza Fiscale CAF – INPS – Comune di Residenza;
* Copia del certificato d’iscrizione all’istituto per l’anno scolastico 2018-19 con l’indicazione del corso o classe per la quale è richiesta la frequenza o copia della domanda d’iscrizione presentata;
* Fotocopia del documento d’identità del Genitore/Affidatario/Tutore/Interessato che compila la domanda ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il/la sottoscritto/a, rilascia autorizzazione al trattamento dei dati personali forniti, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) Privacy 679/2016 cui si fa opportuno rimando.*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_