



REGIONE
LAZIO

REGIONE LAZIO

Assessorato Lavoro, Università, Scuola, Formazione, Ricerca, Merito

**DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE E POLITICHE PER
L'OCCUPAZIONE**

Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica, anche attraverso la Comunicazione Aumentativa Alternativa (C.A.A.), in favore degli alunni con disabilità sensoriale visiva, uditiva e nella comprensione e produzione del linguaggio per l'anno scolastico 2023-2024

Allegato 6 **DOMANDA**

**“TRASCRIZIONE IN BRAILLE, INGRANDIMENTO E TRASPOSIZIONE IN FORMATO
ELETTRONICO O AUDIO DI TESTI SCOLASTICI” - ANNO SCOLASTICO 2023-2024**

Il sottoscritto _____

Dirigente dell'Istituto Scolastico Pubblico/Paritario **Secondario Superiore** (presente nella regione Lazio)
_____ Codice Meccanografico _____

sito in via/piazza _____ n. _____ cap _____

Municipio / Comune _____ ASL _____

telefono _____ fax _____

e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

L'importo di euro _____ per attivare per l'a.s. 2023-24 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. 2023-24 la classe _____ sezione _____

dell'Istituto Scolastico Pubblico/Paritario Secondario Superiore

via/piazza _____ n. _____ Cap _____

telefono _____ fax _____ e-mail _____

presenta la seguente diagnosi:

- Occhio DX: ☐ Cecità ☐ (residuo espresso in decimi) ____ / 10

- Occhio SX: ☐ Cecità ☐ (residuo espresso in decimi) ____ / 10

Che lo studente nel precedente anno scolastico 2022/23:

- ☐ **ha** già usufruito del servizio
- ☐ **NON ha** usufruito del servizio
- ☐ che il Verbale di accertamento handicap L.104/invalidità è in corso di validità ed è agli atti dell'Istituzione scolastica;
- ☐ **d'aver preso visione dell'Allegato 10 Informativa Privacy** (*per poter avere il servizio è obbligatorio apporre il segno di spunta);
- ☐ di accettare che tutte le comunicazioni riguardanti la procedura di cui alle linee guida sopra citate, nessuna esclusa, avvengano **esclusivamente a mezzo PEC in modalità riservata** e si intenderanno a tutti gli effetti di legge validamente inviate e ricevute se trasmesse al seguente indirizzo di posta elettronica certificata P.E.C.:
_____;
- ☐ **di allegare alla presente l'Allegato 8 "Nomina Responsabile del Trattamento" debitamente compilato e firmato digitalmente**
- ☐ d'aver rappresentato alla famiglia o all'interessato se maggiorenne che i suoi dati personali saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente e secondo l'Informativa Privacy di cui sopra. Inoltre, d'aver acquisito il consenso dei genitori al trattamento dati *e che le certificazioni sanitarie sono accessibili all'Amministrazione della Regione Lazio ai fini dell'attivazione dei servizi di assistenza richiesti;*

Si allega:

- ☐ Elenco testi scolastici o parti di testo per i quali si chiede il servizio di trascrizione in braille, ingrandimento e trasposizione in formato elettronico o audio;
- ☐ Preventivo della spesa da sostenere relativo alla selezione dei libri di testo adottati per l'anno scolastico di riferimento *(con specifica indicazione dell'eventuale Iva se dovuta);*
- ☐ Allegato 8 "Nomina Responsabile del Trattamento" debitamente compilato e firmato digitalmente.

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

Data

Firma digitale del Dirigente /Legale Rappresentante
