



**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 5**

### **DOMANDA ACCESSO AI CONVITTI E SEMICONVITTI ANNO SCOLASTICO 2023-2024**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Dirigente dell'Istituto Scolastico \_\_\_\_\_

Codice Meccanografico \_\_\_\_\_

sito in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Municipio / Comune \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

In favore dell'alunno

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

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

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

Iscritto/a nell'a.s. 2023-24 alla classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_ Codice  
meccanografico \_\_\_\_\_ Indirizzo di studio \_\_\_\_\_ 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**

*(ai fini della corretta compilazione e validità della domanda apporre segno di spunta su ciò che si 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 visiva e uditiva anno scolastico 2023-2024;
- ☐ 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 di studi equivalente a quello che si vuole frequentare;
- Oppure**
- ☐ è presente un corso di studi equivalente a quello che si vuole frequentare ma si allega apposita relazione rilasciata dai servizi sociali del territorio competenti che ne giustifichi la necessità perché presente una grave situazione di disagio socioeconomico;
- ☐ che nel territorio regionale non è presente un corso di studi equivalente (dichiarazione da attestare solo in caso di richiesta di convitto/semiconvitto fuori dal territorio regionale);
- ☐ **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;

- ☐ di essere consapevole che la percentualmente della retta annuale sarà riconosciuta dalla regione Lazio in base allo scaglione di reddito della famiglia sulla base della Tabella di seguito riportata e che l'eventuale percentuale a differenza sarà a carico della famiglia e / o dell'interessato se maggiorenne:

Scaglioni di Reddito ISEE	Percentuale della retta a carico della Regione secondo il relativo scaglione di reddito- limite di spesa massima per la Regione € 12.000,00	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%
2) Da 12.501,00 a 17.500,00	95%	5%
3) Da 17.501,00 a 23.500,00	80%	20%
4) Oltre 23.501,00	70%	30%

#### ALLEGA

- ☐ Copia del verbale di invalidità civile, attestante il deficit sensoriale (visivo o uditivo), rilasciato da apposita commissione o **Verbale di accertamento handicap L.104/invalidità civile in corso di validità**
- ☐ 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 2023-24 con l'indicazione del corso o classe per la quale è richiesta la frequenza o copia della domanda d'iscrizione presentata;
- ☐ Dichiarazione dell'istituzione convittuale **pubblica** dell'importo annuale - trimestrale o mensile della retta convittuale.
- ☐ **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