

**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 |