

**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% |
| 1. Da 12.501,00 a 17.500,00 | 95% | 5% |
| 1. Da 17.501,00 a 23.500,00 | 80% | 20% |
| 1. 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 |