

**REGIONE LAZIO**

**Assessorato Lavoro e Nuovi Diritti, Formazione, Scuola e Diritto allo Studio Universitario, Politiche per la Ricostruzione**

**Direzione Regionale Istruzione, Formazione, Ricerca e Lavoro**

|  |
| --- |
| Linee di indirizzo per la realizzazione dell’integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità **sensoriale visiva e uditiva** anno scolastico 2020-2021 |

**Allegato 5**

**MODULO DI RICHIESTA**

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

**ANNO SCOLASTICO 2020 – 20201**

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. 2020-21 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*

* 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 2020-2021;
* 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**

* apposita relazione rilasciata dai servizi sociali del territorio competenti che ne giustifichi la necessità perché presente una grave situazione di disagio socio-economico;
* 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*)

**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 anno 2020 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 2020-21 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.
* Dichiarazione dell’istituzione convittuale **pubblica** dell’importo annuale - trimestrale o mensile della retta convittuale.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1)

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento si comunica che la Regione Lazio tratterà i dati personali, così come indicato al punto 10 Tutela della Privacy delle” Linee di indirizzo per la realizzazione dell’integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale visiva e uditiva anno scolastico 2020-2021” a cui si rimanda integralmente.

 ***apporre segno di spunta nell’apposita casella per presa visione del punto 10 Tutela della Privacy***

*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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1)

1. ***Allegare documento di riconoscimento***