

**REGIONE LAZIO**

**Assessorato Lavoro, Università, Scuola, Formazione, Ricerca, Merito e Urbanistica**

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

|  |
| --- |
| **Linee di indirizzo per la realizzazione dell’integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale visiva e uditiva per l’anno scolastico 2025-2026** |

**Allegato 6**

**DOMANDA**

**TRASCRIZIONE IN BRAILLE, INGRANDIMENTO E TRASPOSIZIONE IN FORMATO ELETTRONICO O AUDIO DI TESTI SCOLASTICI” - ANNO SCOLASTICO 2025-2026** per gli allievi iscritti ad un Istituto Scolastico Pubblico/Paritario Secondario Superiore di secondo grado

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto/a |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dirigente dell’Istituto Scolastico/formativo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Codice Meccanografico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| sito in via/piazza |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N. |  | Cap |  | Municipio / Comune |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tel |  | Cell. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| e-mail |  | PEC |  |

**CHIEDE**

L’importo di euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per attivare per **l’a.s. 2025-26** il servizio di trascrizione in braille, ingrandimento e trasposizione in formato elettronico o audio di testi scolastici n favore dell’alunno di cui sotto ed a tal fine dichiara

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Codice Fiscale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Residente nel comune di |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Via/Piazza |  | N. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cap. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Iscritto/a nell’a. s. 2025-26 alla classe |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rinnovo richiesta |  | Prima 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)***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Campo per Spunta*** | **Dichiarazione** |
|  | 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 2025-2026; |
|  | che lo studente non ha età superiore a 26 anni |
|  | che lo studente risiede in un comune del territorio della Regione Lazio |
|  | che il Verbale di accertamento della disabilità L.104/90 è in corso di validità ed è agli atti dell’Istituzione scolastica. |
|  | **d’aver preso visione degli allegati Informative Privacy** *(\*per poter avere il servizio è obbligatorio apporre il segno di spunta);* |
|  | 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. |
|  | 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 all’indirizzo di Posta Elettronica Certificata indicato nell’anagrafica scuola del presente modulo. |

**ALLEGA**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Campo per Spunta*** | **Tipologia documento** |
|  | 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*) |
|  | Dichiarazione dell’istituzione convittuale **pubblica** dell’importo annuale - trimestrale o mensile della retta convittuale |

*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 |