

**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 5**

**DOMANDA**

**ACCESSO AI CONVITTI E SEMICONVITTI**

**ANNO SCOLASTICO 2025–2026**

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

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

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

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

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

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

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

**CHIEDE**

In favore dell’alunno di cui sotto

*l’assunzione parziale o totale della retta per l’Istituto sopra citato.*

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

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| Tipologia disabilità sensoriale: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Visiva |  | Uditiva |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 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 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. |
|  | 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**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Campo per Spunta*** | **Tipologia documento** |
|  | 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 2025-26 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 |

*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 |