



**REGIONE  
LAZIO**

**REGIONE LAZIO**  
*Assessorato Formazione, Diritto allo Studio, Università e Ricerca, Attuazione del Programma*  
**Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione**  
**Scuola e Università, Diritto allo Studio**

Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con  
disabilità sensoriale anno scolastico 2019-2020

## **Allegato 5**

### **MODULO DI RICHIESTA PER L'ACCESSO AI CONVITTI E SEMICONVITTI ANNO SCOLASTICO 2019 – 2020**

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. 2019-20 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 anno scolastico 2019-2020;
  - 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:***

<b>Scaglioni di Reddito ISEE</b>	<b>Percentuale della retta a carico della Regione secondo il relativo scaglione di reddito - limite di spesa massima per la Regione € 11.000,00</b>	<b>Percentuale della retta a carico della famiglia e / o dell'interessato se maggiorenne secondo il relativo scaglione di reddito</b>
1) Da 0 a 12.500,00	100%	0%
2) Da 12.501,00 a 17.500,00	95%	5%
3) Da 17.501,00 a 23.500,00	85%	15%
4) 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 2019 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 2019-20 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 anno scolastico 2019-2020” a cui si rimanda integralmente.

**apporte 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**