



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

RICHIESTA DI SERVIZI PER STUDENTI CON DISABILITÀ o INVALIDITÀ

(a. a. 2023/2024)

Modulo da compilare e riconsegnare a: **Università degli Studi dell'Aquila - Settore Cittadinanza Studentesca, Orientamento e Placement- P. le Salvatore Tommasi n° 1 - blocco 11/A - Coppito - 67100 L'Aquila.**

Il modulo può essere inviato a mezzo raccomandata a/r oppure all'indirizzo e-mail: agstud@strutture.univaq.it

Nome

Cognome

Numero di matricola

Tipologia del corso

- laurea triennale (L)
- laurea specialistica (LS) o laurea magistrale (LM)
- Dottorato di ricerca (PhD)

Nome del corso scelto

Iscritt__ al

- primo (I) anno
- secondo (II) anno
- terzo (III) anno
- quarto (IV) anno
- quinto (V) anno
- sesto (VI) anno
- fuori corso (*specificare l'anno di f.c.*) _____

Totale crediti acquisiti entro il 10 agosto 2023

(per iscrizioni ad anni successivi al primo)

Telefono fisso

Telefono cellulare

E-mail

Contatto telefonico in caso di emergenza

NOTA BENE: L'Università degli Studi dell'Aquila fornirà questi servizi in base al tipo di disabilità, ai meriti dello studente e alle risorse economiche disponibili.

Tipo di disabilità

- cecità e difficoltà visive
- sordità e difficoltà uditive
- disabilità motorie (permanenti e/o temporanee)
- sordocecità
- difficoltà psicologiche
- patologie multiple
- malattie rare
- disturbi metabolici
- disturbi alimentari
- patologie oncologiche
- altro (*per favore, specificare*)

Percentuale di invalidità riconosciuta (se disponibile):

Servizi richiesti

- ausilio tecnologico per gli esami
- esami accessibili
- materiali di studio in formato accessibile
- recupero appunti
- tutorato specialistico come supporto allo studio
- possibilità di sostenere esami a distanza per disabilità motoria permanente/temporanea (con certificato)
- altro (*specificare*):

__I__ sottoscritt__ (nome e cognome) _____
fa richiesta all'Università degli Studi dell'Aquila per l'anno accademico 2023/2024, di ricevere servizi specifici in base a disabilità e/o invalidità, e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false in atti ufficiali (come stabilito dal Decreto del Presidente della Repubblica n° 445/2000, articolo n° 76),

DICHIARA

di informare ufficialmente l'Università degli Studi dell'Aquila e inviare una copia del documento originale della propria disabilità/invalidità (la documentazione sanitaria deve rientrare in una o più delle seguenti casistiche:

- **Certificazione di handicap in base alla L.104/92** rilasciata dalla Commissione Medica competente per territorio e comprovante il grado di handicap riconosciuto;
- **Certificazione di invalidità civile** rilasciata dalla Commissione Medica competente per territorio e comprovante il tipo di invalidità e il grado riconosciuto);

che le informazioni contenute nella documentazione ufficiale non sono sospese, revocate o modificate (come stabilito dal Decreto Legge 2/9/2012, n° 5, articolo 4, comma 2);

di essere regolarmente iscritt__ all'anno accademico 2023/2024;

di autorizzare al trattamento dei dati personali, come stabilito dal Decreto Legislativo n° 196 del 30/6/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dal Regolamento dell'Unione Europea n° 679 del 2016 "Regolamento generale sulla protezione dei dati" (è possibile reperire on-line le informazioni sul trattamento dei dati da parte dell'Università degli Studi dell'Aquila alla pagina web: <https://www.univaq.it/include/utilities/blob.php?item=file&table=allegato&id=251>).

Luogo e data

Firma

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
ai sensi degli articoli 19 e 47, D.P.R. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a _____ in data _____

residente a _____

via / piazza _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA CHE

la copia allegata del certificato di invalidità e/o del certificato di cui alla legge 104 del 1992 rilasciata dalla Commissione Medica competente per territorio e comprovante il tipo di invalidità e/o il grado di handicap riconosciuto è conforme all'originale

OPPURE

che la copia allegata della certificazione dello stato di DSA di cui alla legge n. 170 del 2010, rilasciata da strutture sanitarie locali o da Enti e specialisti accreditati con il servizio sanitario regionale, è conforme all'originale

Dichiara inoltre che quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato (D.L. 9 febbraio 2012, n. 5, art. 4, comma 2).

Trattamento dati personali: Ai sensi del Regolamento UE numero 679/2016 il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività di gestione della procedura ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento con l'eventuale utilizzo di procedure informatizzate e nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità anche in caso di eventuale comunicazione a terzi.

Luogo e data

Firma del dichiarante

(N.B.: È necessario allegare alla presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà copia di un documento di riconoscimento in corso di validità)

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
ai sensi degli articoli 19 e 47, D.P.R. 445/2000**

(Da compilare solo in caso di certificazione medica non aggiornata causa Covid – 19)

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a _____ in data _____

residente a _____

via / piazza _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA CHE

la copia allegata del certificato di invalidità e/o del certificato di cui alla legge 104 del 1992 rilasciata dalla Commissione Medica competente per territorio e comprovante il tipo di invalidità e/o il grado di handicap riconosciuto è conforme all'originale

OPPURE

che la copia allegata della certificazione dello stato di DSA di cui alla legge n. 170 del 2010, rilasciata da strutture sanitarie locali o da Enti e specialisti accreditati con il servizio sanitario regionale, è conforme all'originale

E

che, a causa delle limitazioni dell'attività del SSN per l'emergenza Covid-19, non ha potuto aggiornare la certificazione sopra selezionata e si impegna ad integrarla successivamente.

Dichiara inoltre che quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato (D.L. 9 febbraio 2012, n. 5, art. 4, comma 2).

Trattamento dati personali: Ai sensi del Regolamento UE numero 679/2016 il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività di gestione della procedura ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento con l'eventuale utilizzo di procedure informatizzate e nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità anche in caso di eventuale comunicazione a terzi.

Luogo e data

Firma del dichiarante

(N.B. È necessario allegare alla presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà copia di un documento di riconoscimento in corso di validità)