



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

## RICHIESTA DI SERVIZI PER STUDENTI CON DSA

(a. a. 2021/2022)

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](mailto: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**

\_\_\_\_\_

**Iscritt\_\_ al**

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

\_\_\_\_\_

**Totale crediti acquisiti entro il 10 agosto 2021  
(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 disturbo specifico dell'apprendimento

- dislessia
  - disgrafia
  - disortografia
  - discalculia
  - altro – *per favore, specificare*
- 

Grado di severità (*se disponibile, per favore specificare*)

---

Servizi richiesti

- ausilio tecnologico per gli esami
  - esami accessibili
  - materiali di studio in formato accessibile
  - recupero appunti
  - tutorato specialistico come supporto allo studio
  - altro – *per favore, specificare*
-

\_\_l\_ sottoscritt\_\_ (nome e cognome)\_\_\_\_\_

fa richiesta all'Università degli Studi dell'Aquila per l'anno accademico 2021/2022, di ricevere servizi specifici in base a disturbi dell'apprendimento, 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 le seguenti caratteristiche:

- **Diagnosi di DSA, in base alla L.170/2010**, rilasciata da non più di 3 anni, oppure in epoca successiva al compimento del diciottesimo anno di età, da strutture sanitarie locali o da Enti e specialisti accreditati con il Servizio Sanitario Regionale);

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 2021/2022;

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)**