



MODULO RICHIESTA SERVIZI STUDENTI CON DISABILITÀ E DSA

Da consegnare in una delle seguenti modalità:

- brevi mano presso l'Ufficio Protocollo, Piano Terra 2° Torre - Via Cittadella 2589124 Reggio Calabria;
- e-mail protocollo@unirc.it
- PEC amministrazione@pec.unirc.it

Al Delegato di Ateneo
per gli studenti con disabilità e DSA
Prof. Vincenzo Sicari

Al Settore Diversamente abili, pari
opportunità, attività sportive e altri
servizi agli studenti
Area servizi agli studenti
SEDE

Sezione 1 - dati personali dello studente:

Nome _____ Cognome _____
Data di nascita _____ Indirizzo _____
Comune _____ Telefono _____
Cell. _____ e-mail _____
Dipartimento di _____ Iscritto al _____ per l'A. A. _____ del
Corso di Laurea in _____ Numero
di matricola _____ C.F. _____.

Sezione 2 - tipologia e grado di disabilità (Apporre una croce sulla voce d'interesse)

Motoria _____ %;	Motoria + altro _____ %;
Comportamentale _____ %;	Comportamentale + altro _____ %;
Uditiva + altro _____ %;	Uditiva + altro _____ %;
Visiva _____ %;	Visiva + altro _____ %;
Difficoltà di parola _____ %;	Difficoltà di parola + altro _____ %;
Altre difficoltà _____ %;	

Specificare (tipologia e grado)



RICHIESTA SERVIZI (barrare le voci di interesse)

- ☐ Nuova richiesta
☐ Rinnovo richiesta

- ☐ **TUTORATO DIDATTICO ALLA PARI** (Affiancamento di uno studente inserito nelle graduatorie per gli incarichi di collaborazione a tempo parziale di 200 ore)

di tipo:

- ☐ Continuativo
☐ Saltuario

Specificare dettagliatamente le attività per le quali si richiede un tutor didattico alla pari

- ☐ **TUTORATO DIDATTICO SPECIALIZZATO** (Affiancamento di professionisti selezionati in base al possesso di specifiche competenze e abilità professionali come psicologi, interpreti LIS, etc.)

di tipo:

- ☐ Continuativo
☐ Saltuario

Specificare dettagliatamente le attività per le quali si richiede un tutor specializzato

- ☐ **SUSSIDI**

- ☐ Attrezzature tecniche ed informatiche (specificare) _____
☐ Apparecchiature didattiche (specificare) _____
☐ Altri ausili (specificare) _____

- ☐ **ALTRO** (specificare) _____

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo e nella eventuale documentazione allegata esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni finalizzate alla concessione dei servizi richiesti.

In particolare i dati idonei a rivelare lo stato di salute, in quanto dati sensibili, saranno trattati dall'Università per le finalità di rilevante interesse pubblico indicate dall'art. 86 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003) e dalla Legge-quadro 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modificazioni e integrazioni per scopi di assistenza, integrazione sociale, educazione, istruzione e diritti delle persone diversamente abili.

Si dichiara altresì di essere a conoscenza dell'art. 39 legge 448/98 in materia di autocertificazione dei soggetti portatori di handicap nonché dell'art. 76 T.U. del D.P.R. 445/2000 in materia di norme penali relativamente a dichiarazioni mendaci.

Reggio Calabria, _____

Firma dello studente _____

ALLEGARE:

1. **Certificato di Invalidità rilasciato dalle Strutture Pubbliche (INPS, ASP).**
2. **Documento di riconoscimento valido.**