



RICHIESTA SERVIZI

COGNOME

NOME

MATRICOLA

TELEFONO

e- mail

STUDENTE DISABILE

<p><u>CORSO DI STUDIO</u></p> <p>in</p>	<p><input type="checkbox"/> Laurea triennale</p> <p><input type="checkbox"/> Laurea magistrale/magistrale a ciclo unico</p> <p><input type="checkbox"/> Master di I o II livello</p> <p><input type="checkbox"/> Corso di specializzazione</p> <p><input type="checkbox"/> Dottorato di ricerca</p> <p>Anno di iscrizione, in corso per l'anno accademico 2023/2024 - (Es. I, II, III, I F.C)</p>
<p><u>TIPOLOGIA DISABILITÀ</u> (barrare le tipologie d'interesse):</p> <p><input type="checkbox"/> Attestazione di invalidità pari o maggiore del 66% (DPCM 09.04.2001 art. 14 - Legge 118/1971 art.2)</p> <p><input type="checkbox"/> Certificazione Legge104/1992 (come modificato ex Legge 17/1999)</p>	<p><input type="checkbox"/> Motoria</p> <p><input type="checkbox"/> Visiva</p> <p><input type="checkbox"/> Auditiva</p> <p><input type="checkbox"/> Psicica</p> <p><input type="checkbox"/> Altro</p>
<p><u>SERVIZI EROGATI:</u> (barrare i servizi richiesti)</p>	<p><input type="checkbox"/> Trattamento individualizzato per gli esami di profitto (es. tempo aggiuntivo, calcolatrice, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Servizio di trasporto</p>



	<input type="checkbox"/> Assistenza alla comunicazione - LIS (Lingua italiana dei segni) <input type="checkbox"/> Assistenza alla persona <input type="checkbox"/> Tutorato alla pari <input type="checkbox"/> Sussidi tecnici in comodato d'uso (specificare il sussidio e motivare la richiesta)
--	---

STUDENTE NEURODIVERSO

<u>CORSO DI STUDIO</u> in	<input type="checkbox"/> Laurea triennale <input type="checkbox"/> Laurea magistrale/magistrale a ciclo unico <input type="checkbox"/> Master di I o II livello <input type="checkbox"/> Corso di specializzazione <input type="checkbox"/> Dottorato di ricerca Anno di iscrizione, in corso per l'anno accademico 2023/2024 - (Es. I, II, III, I F.C)
<u>TIPOLOGIA</u> <u>DSA (LEGGE 170/2010)</u> (barrare le tipologie d'interesse): <input type="checkbox"/> <u>ADHD</u>	<input type="checkbox"/> Dislessia <input type="checkbox"/> Disgrafia <input type="checkbox"/> Discalculia <input type="checkbox"/> Disortografia <input type="checkbox"/> Altro



<input type="checkbox"/> AUTISMO	
<input type="checkbox"/> ALTRO	
SERVIZI EROGATI: (barrare le tipologie d'interesse):	<input type="checkbox"/> Trattamento individualizzato per gli esami di profitto (es. tempo aggiuntivo, calcolatrice, ingrandimento carattere, tutor lettor etc.) <input type="checkbox"/> Tutorato <input type="checkbox"/> Sussidi tecnici in comodato d'uso (specificare il sussidio e motivare la richiesta)

N.B.: come previsto dalla Legge 170/2010, le diagnosi di DSA devono essere rilasciate dalle strutture del Servizio Sanitario Nazionale o dagli enti accreditati. La diagnosi, se eseguita dallo studente di minore età, deve essere aggiornata **ogni tre anni**. Tale obbligo non sussiste qualora la citata diagnosi sia stata eseguita dopo il compimento del 18° anno di età.

Si allegano i seguenti documenti:

- documento di riconoscimento in corso di validità
- attestazione di invalidità pari o maggiore al 66%
- certificazione medica Legge 104/1992
- certificazione medica Legge 170/2010
- bollettino MAV pagato
- o
- certificazione medica rilasciata dalle strutture del Servizio Sanitario Nazionale o dagli enti accreditati

Data

Firma



**Università
degli Studi
di Palermo**

Area Terza Missione e Relazioni Internazionali
Settore Inclusione Pari Opportunità e Politiche di
Genere-Disabilità

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del D.lgs. 196/2003, ai fini dell'erogazione dei servizi richiesti.

Data

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi dell'Art.47 D.P.R. 28 dic. 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, che tutti i documenti allegati sono conformi agli originali.

Data

Firma

Il presente modulo, debitamente compilato, deve essere trasmesso al seguente indirizzo di posta elettronica: cendis@unipa.it