



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

## RICHIESTA DI SERVIZI PER STUDENTI CON DISABILITÀ o INVALIDITÀ

(a.a. 2019/2020)

Modulo da compilare e consegnare a mano o a mezzo raccomandata A/R 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**, dal lunedì al venerdì dalle  
ore 10:00 alle ore 13:00. In caso di impossibilità per la consegna a mano, il modulo può essere  
inviato 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

Iscritto 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 2019  
(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.

<b>Tipo di disabilità</b>	<input type="checkbox"/> cecità e difficoltà visive <input type="checkbox"/> sordità e difficoltà uditive <input type="checkbox"/> disabilità motorie (permanenti e temporanee) <input type="checkbox"/> sordocecità <input type="checkbox"/> difficoltà psicologiche <input type="checkbox"/> patologie multiple <input type="checkbox"/> malattie rare <input type="checkbox"/> disturbi metabolici <input type="checkbox"/> disturbi alimentari <input type="checkbox"/> patologie oncologiche <input type="checkbox"/> altro – <i>per favore, specificare</i>
	<hr/> Percentuale di invalidità riconosciuta (se disponibile): <hr/>
<b>Servizi richiesti</b>	<input type="checkbox"/> ausilio tecnologico per gli esami <input type="checkbox"/> esami accessibili <input type="checkbox"/> materiali di studio in formato accessibile <input type="checkbox"/> recupero appunti <input type="checkbox"/> tutorato specialistico come supporto allo studio <input type="checkbox"/> altro – <i>per favore, specificare</i>

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

fa richiesta all'Università degli Studi dell'Aquila per l'anno accademico 2019/2020, 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 2019/2020;

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**

la copia allegata della certificazione dello stato di DSA di cui alla legge n. 170 del 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, è conforme all'originale

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

Treatmento 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

*(E' necessario allegare alla presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà copia di un documento di riconoscimento in corso di validità)*