IPU
UNIVERSITÀ PONTIFICIA SALESIANA
SEDE AGGREGATA DELLA TUSCIA

DICHIARAZIONE STUDENTE CON DSA

DATI DELLO/A STUDENTE/STUDENTESSA

Cognome:……

Nome:……..

Nato/a il:…….. Città:…… Provincia:……..

Residente a: …… Provincia:……

Via/piazza: ……N°: …….. CAP:……

Tel.: …… E-mail: ……

TIPO DI DIAGNOSI
(scegliere una o più alternative)

- ☐ **Dislessia** (disturbo della lettura);
- ☐ **Disortografia** (disturbo della competenza ortografica);
- ☐ **Disgrafia** (disturbo nell'esecuzione del tratto grafico);
- ☐ **Discalculia** (difficoltà nel calcolo e nell'elaborazione numerica);
- ☐ **Altro** (specificare)……

  ……

RICHIESTA DI ACCESSO AI SERVIZI SPECIALISTICI PER STUDENTI CON DSA

Il/la sottoscritto/a richiede di essere messo in contatto con il tutor DSA e di avere accesso ai servizi di: (scegliere una o più alternative)

- □ Screening e valutazione DSA;
- □ Sostegno didattico;
- □ Servizio di ascolto psicologico;
- □ Orientamento;
- □ Altro (specificare)……

  …….

ALLEGATI

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci allega:

- Copia della certificazione DSA;
- Copia di un documento di identità.

E dichiara che:

- Gli allegati sono conformi all'originale;
- Quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato.

Data ……/ ……/ …… …….

(firma dello studente)

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I dati raccolti con il presente modulo saranno trattati nel rispetto della privacy dello studente (D.Lgs. 196/2003).