

Segnalazione disabilità

Nome e Cognome	
Luogo e data di nascita	
Residenza	Via _____ N° _____
	CAP _____
	Città _____ Provincia _____
Recapiti	Fisso : _____
	Cellulare : _____
	email : _____
Domande di preiscrizione presentate:	1) _____
	2) _____
	3) _____

Tipologia ☐ Visiva ☐ Motoria ☐ Altro	disabilità ☐ Uditiva ☐ Multipla	Grado di invalidità ☐ Specificare percentuale _____ %
Difficoltà generali: ☐ Necessito di aiuto per gli spostamenti con la carrozzina manuale ☐ Necessito di aiuto ma utilizzo per gli spostamenti la carrozzina elettrica ☐ Ho difficoltà nel manipolare gli oggetti (girare fogli, scrivere, ecc.) ☐ Necessito di un'interprete LIS ☐ Utilizzo altri sistemi di facilitazione alla comunicazione. (specificare:.....) ☐ Chiedo al Delegato del Rettore per la Disabilità di valutare la possibilità di effettuare una prova individualizzata		

ATTENZIONE:

il presente modulo di segnalazione e **copia della certificazione di invalidità riportante la percentuale** devono essere consegnati personalmente al Servizio Disabilità nel seguente orario: dal lunedì al venerdì **dalle 9.00 alle 13.00**, oppure inviati via fax al numero **049/8275040**.

Per qualsiasi tipo di informazione chiamare il numero **049/8275038**.

(Trattamento dati personali: Con riferimento al trattamento dei dati personali richiesti nel presente modulo si rinvia alle disposizioni di cui agli art. 13 e 7 del D.L.vo 30/06/03 n. 196)

Data..../..../....

Firma
