**FORMULARIO DI REGISTRAZIONE PER RICHIESTA SERVIZI DI SUPPORTO PER I CANDIDATI PER FUTURI STUDENTI E/O STUDENTI CON DISABILITA’ E/O CON DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA) E/O CON BISOGNI SPECIFICI TEMPORANEI**

Lo scopo del formulario di registrazione per richiesta servizi di supporto è quello di consentire al Servizio di supporto di individuare i bisogni, di definire gli interventi e di fornire eventualmente misure di accoglienza, di sostegno, di sistemazione ragionevole ed inclusione ai candidati per futuri studenti e/o agli studenti con Disabilità e/o con Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) e/o con Bisogni specifici Temporanei.

**A- Informazioni generali**

Nome Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Cognome Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Paternità Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Sesso M  F

Data di nascita Fare clic o toccare qui per immettere una data.

Luogo di nascita Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

No. Telefono/cellulare Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Contatto tel. in caso di emergenza Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Indirizzo di residenza Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

E-mail Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Nazionalità Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

N. personale della Carta d’Identità/Passaporto Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Scuola Secondaria Superiore (Nome/Paese) Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Anno in cui ha concluso gli studi della Scuola Secondaria Superiore: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*Per candidati per futuri studenti:*

Corso di studio nel quale intende preiscriversi/sostenere l’esame di ammissione Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*Per studenti:*

Corso di studio dov’è già iscritto/a a UNIKZKM Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Iscritto/a al anno

Numero matricola Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**B - Informazioni relativi alla Disabilità e/o DSA e/o** **Bisogni specifici Temporanei**

Diagnosi come da certificato medico/documentazione ufficiale: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

In quale **anno** ha acquisito la disabilità/DSA/ Bisogno specifico temporaneo?

Si prega di indicare tra i seguenti:

**Difficoltà specifiche di apprendimento o comunicazione:**

* Dislessia
* Disortografia
* Disgrafia
* Discalculia
* Disturbi della concentrazione come ADHD  ADD
* Balbuzie
* Difficoltà di articolazione e pronuncia Fare clic o toccare qui per immettere il testo.
* Altro (specificare) Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Difficoltà psicologiche e disturbo dello spettro autistico:**

* Disturbo dello spettro autistico/ Sindrome di Asperger
* Difficoltà psicologiche  Fare clic o toccare qui per immettere il testo.
* Altro (specificare) Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Malattie croniche o rare:**

* Malattia neurologica  (specificare)Fare clic o toccare qui per immettere il testo.
* Disturbi metabolici o alimentali (specificare)Fare clic o toccare qui per immettere il testo.
* Condizione del tratto digestivo
* Patologie oncologiche
* Altro (specificare) Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Disabilità motorie:**

* Condizione agli arti inferiori e usa la sedia a rotelle, le stampelle o un bastone  (specificare:) Fare clic o toccare qui per immettere il testo.
* Condizione degli arti superiori e difficoltà a prendere appunti o a maneggiare oggetti

(specificare:) Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

* Altro (specificare) Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Cecità e difficoltà visive:**

* Non vedente/Deficit visivo  Percentuale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%
* Correzione ottica mediante occhiali o lenti a contatto insufficiente o inutile
* Altro (specificare) Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Sordità e difficoltà uditive:**

* Sordità e comunica principalmente attraverso la lingua dei segni, e in genere comunica con le persone udenti attraverso un interprete  Specifica quale lingua Fare clic o toccare qui per immettere il testo.
* Problemi di udito e comunica oralmente usando la lettura delle labbra e ha bisogno di più tempo per elaborare le informazioni scritte
* Riesce a leggere molto bene le labbra ma sente che non è sufficiente in tutte le situazioni
* Usa un impianto cocleare e in alcune situazioni ha difficoltà a comprendere la lingua parlata
* Altro (specificare) Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Bisogni specifici Temporanei**

* Specificare Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Utilizza un dispositivo di assistenza o strumenti di tecnologia assistiva** (ad esempio, apparecchio acustico, sedia a rotelle, stampelle, screen reader, lente o software di ingrandimento, tastiere a caratteri grandi e tattili, software per l'accessibilità ecc)? Se sì, specificare cosa Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Servizi richiesti:**

***Candidati per futuri studenti****:* Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

***Studenti****:* Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Dichiaro di disporre la documentazione/certificazione originale medica, aggiornata e rilasciata solo da enti accreditati che provano la disabilità e/o la DSA e/o bisogno temporaneo specifico e l’allego a questo formulario. Sì  No

Confermo che, per quanto a mia conoscenza e convinzione, tutte le informazioni fornite in questo formulario e nella certificazione allegata sono vere, complete e accurate e di essere a conoscenza delle sanzioni in vigore su chiunque rilascia dichiarazioni mendaci. Sì  No

L’Università Cattolica "Nostra Signora del Buon Consiglio", si impegnerà a garantire ai candidati per futuri studenti e agli studenti con disabilità e/o DSA e/o bisogni specifici temporanei che ne facciano domanda come da procedure nell’articolo 6 del regolamento, i servizi nei limiti delle risorse finanziarie, umane e materiali disponibili e nel rispetto della normativa vigente, valutando ogni caso e richiesta attentamente.

L’Università Cattolica "Nostra Signora del Buon Consiglio" si riserva il diritto di valutare i dati forniti ed eventualmente richiedere ulteriori informazioni o documenti integrativi a supporto della valutazione dello stato di Disabilità, e/o Disturbi specifici di apprendimento e/o Bisogni specifici temporanei.

I dati personali trasmessi con il formulario ed eventuali allegati sono confidenziali e verranno raccolti e trattati solo per le finalità connesse alla presente procedura nel rispetto delle leggi 9887/2008, 48/2012 e 120/2014. I dati raccolti possono essere utilizzati anonimi anche a fini statistici.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione della sopra riportata informativa e di fornire il proprio consenso al trattamento dei dati conferiti e con la sottoscrizione del presente formulario accetta il trattamento dei propri dati personali e sensibili.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/2024

Nome Cognome Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_