Allegato 1

REGIONE LAZIO

Assessorato all'Università

Direzione Regionale Istruzione, Formazione e Politiche per l'Occupazione

e

DiSCo

Ente Regionale per il Diritto allo Studio e la promozione della Conoscenza

PROGRAMMA FONDO SOCIALE EUROPEO PLUS (FSE+) 2021- 2027

Obiettivo di Policy 4 "Un'Europa più sociale e inclusiva" - Priorità 2.1.1 Istruzione e Formazione

Obiettivo Specifico 4.f "Parità di accesso"

Richiesta per il riconoscimento di "assegno di cura" a sostegno delle spese per l'assistenza individuale di personale qualificato a favore degli studenti universitari durante le lezioni del proprio corso di studi AFFETTI DA DISABILITA' MOTORIA GRAVISSIMA

PROGRAMMA FONDO SOCIALE EUROPEO PLUS (FSE+) 2021- 2027 – determinazione dirigenziale n. G00149 del 11/01/2023 piano "GENERAZIONI III", Obiettivo di Policy 4 "Un'Europa più sociale e inclusiva" - Priorità 2.1.1 Istruzione e Formazione - Obiettivo Specifico 4.f "Parità di accesso" integrazione strumento di intervento in attuazione del progetto "In Studio", **per garantire l'accesso alle strutture universitarie da parte di studenti con disabilità motoria gravissima**.

Da inoltrare a: **DiSCo – Ente Regionale per il Diritto allo Studio e la promozione della Conoscenza**

protocollo@pec.laziodisco.it

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

residente nel Comune di _____ Prov._____ CAP _____

in P.zza/Via _____ n._____

Tel._____ Cell._____ Mail_____

Documento di identità: _____
(Specificare tipologia – n° di serie – data di rilascio – data di scadenza)

Codice Fiscale _____

Iscritto presso: _____
(Specificare: Università statali e non statali-, Istituti di alta formazione artistica musicale e coreutica(AFAM), con sede legale nella Regione Lazio)

Corso: _____

Anno prima immatricolazione: _____ /_____ Anno iscrizione _____
(Specificare: I°, II°, III° LT – I°, II° LM – ecc.)

Chiede di accedere

all'assegno di cura (pari ad € 12.500), mediante contributo economico quale rimborso di spese effettivamente sostenute per il pagamento di prestazioni assistenziali di personale debitamente formato (assistente individuale) in quanto *affetto da patologia:*

_____

Luogo e data: _____ ____/____/_____

_____
(Firma leggibile)

A. Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'Art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'Art. 75 del suddetto dettato normativo.

B. Informato, ai sensi dell'Art. 13 D. Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione e per l'implementazione del registro di patologia; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'Art. 84 del citato D.Lgs 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno ulteriormente diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, inoltrando specifica richiesta all'indirizzo mail dpo@laziodisco.it.

C. Dichiara di non essere beneficiario di alcun servizio espressamente riferito all'assistenza personale e qualificata erogato da DiSCo, ovvero analoghi benefici concessi da altre PP.AA.

D. Dichiara di essere residente nel territorio di competenza della regione Lazio da almeno 6 mesi.

E. Allega alla presente domanda:

1. **certificazione del medico specialista di struttura pubblica che lo studente richiedente il beneficio sia affetto da disabilità gravissima** come definita dal D.M. 26 settembre 2016, con deficit funzionali gravi e che dipendono, o potrebbero dipendere in momenti di crisi o fasi acute della patologia, in tutto o in parte, dall'assistenza fornita da operatori specializzati per le loro funzioni vitali, primarie e di vita di relazione.
   Tali condizioni sono accertate dalle ASL mediante la certificazione di gravità, ai sensi dell'art. comma 3 della Legge 104/92.
   Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del sopra indicato decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:
   a. persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

b. persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod.

Nel caso in cui le condizioni di cui alla lettera b) siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra_____

P.zza/Via_____Comune_____Prov._____CAP_____

Tel._____Cell._____E-Mail _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e Regolamento(EU) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e delle "Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima".

Luogo e data: _____ ____/____/_____

(Firma leggibile)

_____

DiSCo - Ente Regionale per il Diritto allo Studio e la promozione della Conoscenza
Via Cesare De Lollis, 24/b - 00185 Roma
p.iva/cod.fisc. 08123891007
Telefono 06 4970241 • Fax 06 4970204
Pec: protocollo@pec.laziodisco.it • www.laziodisco.it

Cofinanziato dall'Unione europea
REGIONE LAZIO
FSE+ FONDO SOCIALE EUROPEO PLUS 2021-2027 PR LAZIO