

Al Magnifico Rettore
S e d e

MODULO PER LA RICHIESTA DEI SERVIZI

Da consegnare o spedire, compilato in ogni sua parte, presso l'Ufficio per la Disabilità – Università degli studi di Bari – per consentire la predisposizione dell'intervento richiesto.

Sezione 1

Dati personali dello studente:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Via _____ c.a.p. _____ Comune _____ Prov. _____

Telefono _____ cell. _____

e-mail _____

Diploma di scuola superiore _____

Dipartimento _____ Matr. _____

Corso di Laurea _____ Anno di corso _____

SEDE :

- Bari Taranto Brindisi

Sezione 2

Tipologia e grado di disabilità (segnare la voce di interesse):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Motoria _____ % | <input type="checkbox"/> Diff. Mentali _____ % |
| <input type="checkbox"/> Visiva _____ % | <input type="checkbox"/> Diff. di linguaggio _____ % |
| <input type="checkbox"/> Uditiva _____ % | <input type="checkbox"/> Altro _____ % |

Sezione 3

Servizi richiesti:

- Trasporto urbano (limitatamente alla sola città di Bari) *
- Trasporto urbano (limitatamente alle altre sedi universitarie) **
- Assegnazione di uno studente senior (finalizzata all'assistenza nell'attività didattica, all'accompagnamento alle lezioni e al tutorato per lo studio)
- Interpretariato L.I.S.
- Traduzione in Braille
- Tutorato specializzato
- Altro

***Si precisa che per il servizio di trasporto urbano, lo studente è tenuto a comunicare all'AMTAB l'annullamento della corsa, entro le ore 10,00 del giorno prima, poiché, dopo la terza corsa effettuata a vuoto pena la revoca del servizio stesso da parte dell'Università.**

**** Si precisa che per le sedi universitarie diverse da quella di Bari, nel servizio di trasporto fornito da Cooperativa taxi, non sono comprese le operazioni di assistenza alla salita e discesa dal taxi, alle quali dovrà provvedere, ove necessari, il fruitore del servizio.**

Si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo e nella eventuale documentazione allegata esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni finalizzate alla erogazione dei servizi richiesti.

N.B. : per tutti coloro che hanno una percentuale d'invalidità pari o superiore al 66% è previsto l'esonero totale dal pagamento delle tasse e dei contributi previsti per l'immatricolazione e/o iscrizione.

Data _____

Firma dello studente o di chi ne fa le veci

SEZIONE RISERVATA ALL'UFFICIO

Servizi assegnati:

1. _____ Data _____ Prot. _____
2. _____ Data _____ Prot. _____

2

UFFICIO PER LA DISABILITA'

