ACCADEMIA
DI BELLE ARTI
VERONA

INTERVENTI A FAVORE DI STUDENTI CON DISABILITA' o CON DSA

RICHIESTA SERVIZI

La sottoscritta/Il sottoscritto			
Sesso M F	nata/o a		il
Prov.	codice fiscale		
Residente in via			
CAP	Comune		Prov.
Contatti telefonici	Cellulare		Ab.
e-mail			
Familiare di riferimento e cell			
Titolo di studio: tipo di maturità			
Iscritta/o per l'a.a. _____al (primo/secondo/terzo)		del corso di diploma triennale/specialistico in	
matricola (se già in possesso)			
percentuale di invalidità			
tipo di disabilità o dsa			

ACCADEMIA
DI BELLE ARTI
VERONA

Informazioni utili per poter organizzare il servizio:

Allego i seguenti documenti:

copia o scansione della **diagnosi certificativa di DSA** (rilasciata da non più di 3 anni dal sistema sanitario nazionale o da enti privati accreditati al rilascio) /o **certificato di invalidità/disabilità.**

Inoltre, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **dichiaro che**:

-la documentazione allegata è **conforme all'originale**
-quanto attestato nella documentazione **non è stato revocato, sospeso o modificato**

Data _____

Firma _____