

Allegato 1

**All'Ufficio Diversamento della
Libera Università
di Lingue e comunicazione IULM**

OGGETTO: Richiesta misure per il sostegno degli studenti universitari con disabilità gravissima previste dal Decreto Ministeriale n. 1604 del 27-09-2024

Il/la sottoscritto/a **Matr.**

Nato/a a **il**

Residente/Domiciliato/a in Via/Piazza.....

Comune..... **Prov.** **CAP**.....

Iscritto/a al anno del Corso di Laurea/Laurea Magistrale in

CHIEDE in qualità di

- Studente dipendente da ventilazione meccanica assistita o con invasiva continuativa (27/7);
- Studente con lesioni spinali fra CO/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 lateraltà devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- Studente con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore.

di beneficiare delle misure per il sostegno degli studenti universitari con disabilità gravissima previste dal Decreto Ministeriale n. 1604 del 27-09-2024

Si allega alla presente:

- a) attestazione dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o comunque di non autosufficienza ai sensi dell'Allegato n.3 DPCM n.159/2013 rilasciata da parte del soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente;
- b) attestazione, rilasciata dal soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente, di sussistenza di disabilità gravissima dello studente richiedente il contributo di cui al presente bando come indicato dall'Art.1;
- c) il documento (Es: contratto di lavoro) che comprova l'obbligo giuridico che lo studente richiedente o suo familiare ha assunto per la retribuzione del servizio di assistenza personale qualificata a beneficio dello stesso studente richiedente il contributo per la durata di almeno 10 mesi nel periodo intercorrente tra settembre 2024 e luglio 2025.

Data _____

Firma _____