



**RICHIESTA DI AUSILI - MISURE COMPENSATIVE - TEMPI AGGIUNTIVI
PROVE DI AMMISSIONE A.A. 2022/2023**

IL SOTTOSCRITTO

Cognome.....										Nome									
Codice Fiscale																			
Cell.					Tel.					E-mail									
Iscritto/a alla prova di ammissione al corso di laurea in:																			
<input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia / Odontoiatria e Protesi Dentaria										<input type="checkbox"/> Professioni Sanitarie									
<input type="checkbox"/> Scienze delle Attività Motorie Preventive ed Adattate																			

**RICHIEDE, PER L'ESPLETAMENTO DELLA PROVA DI AMMISSIONE,
LA/E SEGUENTE/I MISURA/E
(barrare la/e caselle corrispondenti alla/e voce/i che interessano)**

CANDIDATO CON INVALIDITÀ CIVILE o in SITUAZIONE DI HANDICAP (di cui alla Legge 104/1992)																			
<input type="checkbox"/> Tempo aggiuntivo (non eccedente il 50% in più rispetto a quello previsto per lo svolgimento della prova)																			
<input type="checkbox"/> Ausili di uso personale in conformità alla diagnosi: (<i>specificare</i>)																			
.....																			
<input type="checkbox"/> Affiancamento di tutor-lettore/scrittore scelto dall'Ateneo																			

CANDIDATO CON DIAGNOSI DI DSA (di cui alla Legge 170/2010)																			
<input type="checkbox"/> Tempo aggiuntivo (pari ad un massimo del 30% in più rispetto a quello previsto per lo svolgimento della prova)																			
<input type="checkbox"/> Utilizzo di calcolatrice non scientifica																			
<input type="checkbox"/> Utilizzo di video ingranditore portato dal candidato oppure <input type="checkbox"/> Affiancamento di un tutor-lettore scelto dall'Ateneo																			

Non sono ammesse richieste di: dizionario e/o vocabolario, formulario, tavola periodica degli elementi, mappa concettuale, personal computer, tablet, smartphone ed altri strumenti similari.

Allega:

- Scansione del Documento di identità fronte e retro, in corso di validità
- Scansione della certificazione in originale o della copia autenticata in carta semplice relativa a: invalidità civile / situazione di handicap di cui alla Legge 104/1992 / diagnosi di DSA di cui alla Legge 170/2010.

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati - Regolamento UE 2016/679 l'informativa sul trattamento dei dati personali è pubblicata sul sito web di Ateneo al seguente link <https://www.uninsubria.it/protezione-dati-personali>.

Luogo, data

Firma leggibile

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIO

resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445

Il/La sottoscritto/a
nato/a il a
e residente a
via n.

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal testo unico suindicato è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e consapevole che ove i suddetti reati sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici

DICHIARA

che la scansione della documentazione allegata è conforme all'originale.

.....
.....
.....
.....
.....

_____, _____
Luogo, data

IL DICHIARANTE*

.....

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati - Regolamento UE 2016/679 l'informativa sul trattamento dei dati personali è pubblicata sul sito web di Ateneo al seguente link <https://www.uninsubria.it/protezione-dati-personali>.