

All. F



Università degli Studi "G. d'Annunzio"
CHIENTI-PESCARA

Al Magnifico Rettore

Università degli Studi "G. D'Annunzio"

Al Servizio Disabilità

Università degli Studi "G. D'Annunzio"

servizio.disabilitaedsa@unich.it

Oggetto: Richiesta di servizio di assistenza personalizzata a vantaggio di studenti diversamente abili per prove di ammissione.

Il / la sottoscritt _____

Cittadinanza _____

Nato/a a _____ (prov. _____)

il _____, residente in _____

(CAP. _____) (prov. _____), via _____

n. Tel _____

cellulare _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, nonché della decadenza dal beneficio eventualmente conseguito per effetto delle dichiarazioni non veritiere (art. 75-76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000),

chiedo

di fruire, per l'espletamento della prova di ammissione al Corso di ☐ Formazione ☐ Aggiornamento

☐ Perfezionamento ☐ Master in _____

delle seguenti misure compensative previste dalla legge 17/99 o dalla legge 170/2010 e successive linee guida:

☐ **tempo aggiuntivo**

☐ pari al 30% in caso di DSA ☐

☐ pari al 50% in caso di disabilità/invalidità ☐

(spuntare la percentuale di tempo aggiuntivo richiesta)

- ☐ affiancamento da lettore umano (un membro della commissione esaminatrice o suo delegato) in quanto in possesso di diagnosi clinica di DSA (dislessia);
- ☐ utilizzo di calcolatrice – non scientifica (solo per studenti con discalculia diagnostica);
- ☐ utilizzo di fogli con caratteri ingranditi o di un pc video ingranditore (solo per studenti con deficit visivo);
- ☐ utilizzo di ausili informatici o di affiancamento di un membro della commissione esaminatrice per scrittura sotto dettatura o trascrizione del testo su format adeguato (solo per studenti con deficit visivo, motorio/fisico e studenti con DSA);
- ☐ svolgimento della prova in ambiente silenzioso;
- ☐ accompagnamento alla persona.

Allega:

- ☐ Certificazione di invalidità/disabilità;
- ☐ Diagnosi clinica di DSA.

Luogo e data _____ Firma _____

PRESA VISIONE TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a

dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) – GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016 e delle Linee Guida CODAU in materia di privacy e protezione dei dati personali in ambito universitario adottate e fatte proprie dall'Ateneo con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 119/2018 Prot. n. 26014 e del D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018, recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento EU 679/2016 (GDPR), reperibili sul Portale di Ateneo all'indirizzo www.unich.it/privacy

Firma leggibile.....

..... li

(luogo e data)