



AVVERTENZA

Il modulo richiesta fruizione misure compensative sotto riportato va compilato dagli aventi diritto tenuto conto che le diagnosi devono essere rilasciate dalle strutture del SSN o da Enti e professionisti accreditati dalle Regioni ed essere valide, o comunque aggiornate, alla data di presentazione della richiesta.

N.B.: Ai sensi delle Linee Guida Ministeriali prot. n. 13672 del 6.08.2015 non saranno ammessi ausili quali: dizionario, formulari, tavole periodiche, mappe concettuali, calcolatrice scientifica, smartphone, tablet, personal computer ed altri supporti informatici.



Modulo domanda fruizione misure compensative
L. 104/1992 e ss.mm.ii.
L. 170/2010

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi
"G. d'Annunzio" Chieti-Pescara

Alla Segreteria Studenti
Corso di Laurea in

Il/la sottoscritto/a _____
Cittadinanza _____
nato/a a _____ Nazione _____
il _____ residente a _____
CAP _____ in Via _____ n. _____
Telefono _____ cell. _____
e-mail _____
indirizzo presso il quale desidera avere eventuali comunicazioni: _____

iscritto/a al test di ammissione al Corso di Laurea/Laurea Magistrale a numero programmato in

chiede

di fruire delle seguenti misure compensative* in sede di test di ammissione così come previsto dalla legge 17/99 o dalla legge 170/2010 e successive linee guida (è possibile segnare una o più delle misure compensative di seguito elencate):

- Fruizione di tempo aggiuntivo:
 - a) pari al 30% in più in caso di DSA
 - b) fino al 50% in più in caso di disabilità/invalidità
N.B. indicare la percentuale di tempo aggiuntivo richiesto.....%
- Possibilità di essere affiancato/a da un lettore umano (un membro della commissione esaminatrice o suo delegato) in quanto in possesso di diagnosi clinica di DSA (dislessia);
- Possibilità di utilizzare la calcolatrice - non scientifica - (*valido solo per studenti con discalculia diagnosticata*);
- Possibilità di utilizzare fogli con caratteri ingranditi o un pc/video ingranditore (*solo per studenti con deficit visivo*);
- Possibilità di utilizzo di ausili informatici o di essere affiancati da un membro della commissione esaminatrice che possa scrivere sotto dettatura o trascrivere il testo su format adeguato (*valido solo per studenti con deficit visivo, motorio/fisico e studenti con DSA*);
- Possibilità di svolgere la prova in ambiente silenzioso;
- Accompagnamento alla persona.

Per la fruizione di tali misure compensative **dichiara** di essere in possesso di:

- certificazione di invalidità/disabilità;
- diagnosi clinica di DSA.

* *barrare casella/caselle di interesse*

Dichiara, altresì

di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196, di cui al sito web di Ateneo all'indirizzo <http://www.unich.it>, ed informato di quanto previsto dalla normativa italiana ed europea vigente in materia di protezione dei dati, acconsente al trattamento di quelli forniti, secondo le finalità e con le modalità indicate nell'informativa medesima ed alla comunicazione dei propri dati personali per le finalità indicate in sede informativa

Luogo e data _____

Firma _____