

## ISTANZA PER LO SVOLGIMENTO DI ESAMI DI PROFITTO CON MODALITÀ A DISTANZA

Al Presidente della Scuola di Medicina  
Alla Segreteria Didattica della Scuola di Medicina  
mediante servizio InfoStudenti:  
<https://infostudente.uninsubria.it/start.php>

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via/P.zza \_\_\_\_\_  
regolarmente iscritto/a al Corso di laurea in \_\_\_\_\_  
matricola numero \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze, anche penali, previste in caso di dichiarazioni  
mendaci, nonché di quanto previsto a tal proposito dai vigenti regolamenti accademici,

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di trovarsi in una delle seguenti condizioni di esenzione temporanea dalla modalità di esame in presenza  
(selezionare una o più opzioni):

- Condizione di gravidanza a rischio - data presunta del parto \_\_/\_\_/\_\_;
- Patologia oncologica;
- Stato di salute con termine della prognosi di guarigione in data successiva all'ultimo appello previsto nella  
sessione d'esame – data termine prognosi \_\_/\_\_/\_\_;

### RICHIEDE

di poter usufruire dello svolgimento a distanza fino al \_\_/\_\_/\_\_ dei seguenti insegnamenti:

---

---

---

La modalità di svolgimento della verifica sarà stabilita dal docente e comunicata al richiedente.

Si rinvia all'informativa privacy ai sensi del GDPR per qualsiasi chiarimento in merito al trattamento dei suoi dati personali  
per le finalità connesse all'erogazione del servizio da lei richiesto:

[https://www.uninsubria.it/sites/default/files/2024-01/Informativa\\_privacy\\_ammissione\\_immatricolazione\\_carriera.pdf](https://www.uninsubria.it/sites/default/files/2024-01/Informativa_privacy_ammissione_immatricolazione_carriera.pdf)

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Da trasmettere alla Segreteria didattica della Scuola di Medicina mediante servizio Infostudenti

Nome UOR: Ufficio Coordinamento didattica  
Codice modulo: Esami\_a\_distanza\_istanza\_UCD\_515  
Validato da: Federico Raos  
Aggiornato il: 09/05/2024  
Posizione nel *repertory*: [www.uninsubria.it/modulistica](http://www.uninsubria.it/modulistica)

(a cura del Presidente della Scuola da trasmettere al richiedente e ai docenti interessati in caso di autorizzazione)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Presidente della Scuola di Medicina

- autorizzo** la richiesta dello studente allo svolgimento di esami a distanza
- non autorizzo** la richiesta dello studente allo svolgimento degli esami a distanza per le seguenti motivazioni:

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Da trasmettere alla Segreteria didattica della Scuola di Medicina mediante servizio Infostudenti

Nome UOR: Ufficio Coordinamento didattica  
Codice modulo: Esami\_a\_distanza\_istanza\_UCD\_515  
Validato da: Federico Raos  
Aggiornato il: 09/05/2024  
Posizione nel *repertory*: [www.uninsubria.it/modulistica](http://www.uninsubria.it/modulistica)