

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

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

(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