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

Al Direttore di Dipartimento  
Alla Segreteria didattica  
*(inserire indirizzo della segreteria)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(a cura del Direttore del Dipartimento da trasmettere al richiedente e ai docenti interessati in caso di autorizzazione)*

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direttore del Dipartimento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

◻️ **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:

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_