



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DELL'INSUBRIA**

**RICHIESTA DI MISURE COMPENSATIVE – DISPENSATIVE
PROVE DI AMMISSIONE A. A. 2018/2019**

IL SOTTOSCRITTO

Cognome	Nome																				
nato a	prov. il																				
residente a	prov.																				
Via	n° C.A.P.																				
Codice Fiscale	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Cell.																				
Cittadinanza	Tel. E-mail																				
Iscritto/a alla prova di ammissione al corso di laurea in:																					
<input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia / Odontoiatria e Protesi Dentaria	<input type="checkbox"/> Professioni Sanitarie Scienze Motorie																				

CANDIDATO CON DISABILITÀ DI TIPO

- Motorio
- Visivo
- Uditivo
- Altro (specificare)

CANDIDATO CON DIAGNOSI DI DSA

- Dislessia
- Disgrafia
- Discalculia
- Disortografia

CHIEDE LE SEGUENTI MISURE COMPENSATIVE/DISPENSATIVE

- TEMPO AGGIUNTIVO
- CALCOLATRICE SEMPLICE
- ALTRO (specificare

Allega:

- Documento di identità in corso di validità
- Idoneo certificato della competente ASL (*per candidati con disabilità*)
- Idonea certificazione rilasciata da non più di 3 anni dalla competente SSN o da specialisti e strutture accreditate dallo stesso (*per candidati con diagnosi di DSA*)

TRATTAMENTO DATI

Acconsento al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 per le finalità connesse all'erogazione del servizio richiesto.

Data _____

Firma _____

Nome UOR:
Codice Modulo:
Validato da:
Aggiornato il:
Posizione nel repository:

Ufficio Orientamento e Placement
Misure_compensative_e_dispensative_ORIENTA_453
Maria Lambrughi
2 luglio 2018
www.uninsubria.it/modulistica