



**RICHIESTA DI AUSILI - MISURE COMPENSATIVE - TEMPI AGGIUNTIVI  
PROVE DI AMMISSIONE A.A. 2020/2021**

IL SOTTOSCRITTO

Cognome .....											Nome .....										
Codice Fiscale																					
Cell. ....						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										

**RICHIEDE, PER L'ESPLETAMENTO DELLA PROVA DI AMMISSIONE,  
LA/E SEGUENTE/I MISURA/E**  
*(barrare la/e caselle corrispondenti alla/e voce/i che interessano)*

<b>CANDIDATO CON INVALIDITÀ CIVILE o in SITUAZIONE DI HANDICAP (di cui alla Legge 104/1992)</b>
<input type="checkbox"/> Tempo aggiuntivo (non eccedente il 50% in più rispetto a quello previsto per lo svolgimento della prova)
<input type="checkbox"/> Ausili di uso personale in conformità alla diagnosi: <i>(specificare)</i> .....
.....
<input type="checkbox"/> Affiancamento di tutor-lettore/scrittore scelto dall'Ateneo

<b>CANDIDATO CON DIAGNOSI DI DSA (di cui alla Legge 170/2010)</b>
<input type="checkbox"/> Tempo aggiuntivo (pari ad un massimo del 30% in più rispetto a quello previsto per lo svolgimento della prova)
<input type="checkbox"/> Utilizzo di calcolatrice non scientifica
<input type="checkbox"/> Utilizzo di video ingranditore portato dal candidato <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> Affiancamento di un tutor-lettore scelto dall'Ateneo

**Non sono ammesse richieste di:** dizionario e/o vocabolario, formulario, tavola periodica degli elementi, mappa concettuale, personal computer, tablet, smartphone ed altri strumenti similari.

**Allega:**

- Scansione del Documento di identità fronte e retro, in corso di validità
- Scansione della certificazione in originale o della copia autenticata in carta semplice relativa a: invalidità civile / situazione di handicap di cui alla Legge 104/1992 / diagnosi di DSA di cui alla Legge 170/2010.

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati - Regolamento UE 2016/679 l'informativa sul trattamento dei dati personali è pubblicata sul sito web di Ateneo al seguente link <https://www.uninsubria.it/protezione-dati-personali>.

Luogo, data

Firma leggibile

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIO**

resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... a .....  
e residente a .....  
via ..... n. ....

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal testo unico suindicato è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e consapevole che ove i suddetti reati sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici

**DICHIARA**

che la scansione della documentazione allegata è conforme all'originale.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

**IL DICHIARANTE\***

.....

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati - Regolamento UE 2016/679 l'informativa sul trattamento dei dati personali è pubblicata sul sito web di Ateneo al seguente link <https://www.uninsubria.it/protezione-dati-personali>.