



Università degli Studi “G. d’Annunzio”
CHIETI-PESCARA

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi “G. D’Annunzio”

Al Responsabile del Settore Diritto allo Studio -
Tutorato - Disabilità

Alla Prof.ssa Maria Verrocchio
Delegata per i Servizi per la disabilità
Università degli Studi “G. D’Annunzio”
Chieti-Pescara

servizio.disabilitaedsa@unich.it

Oggetto: Domanda fruizione misure compensative L. 104/1992 e ss.mm.ii. e L. 170/2010.

Il / la sottoscritt _____
cittadinanza _____
nato/a a _____ (prov. _____)
il _____, residente in _____
(CAP. _____) (prov. _____), via _____
n. Tel _____
cellulare _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, nonché della decadenza dal beneficio eventualmente conseguito per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75, 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000),

CHIEDE

di fruire, per l’espletamento della prova di ammissione al **Corso di Perfezionamento in “Le terapie integrate nei tumori della mammella, ginecologici e della prostata. Dalle nozioni generali al focus sull’esercizio fisico”** – A.A. 2024/2025 – programmata per il giorno _____, delle seguenti misure compensative previste dalla legge 104/92 e/o dalla legge 170/2010 e successive linee guida:

tempo aggiuntivo

- pari al 30% in caso di DSA
- pari al 50% in caso di disabilità/invalidità
- (spuntare la percentuale di tempo aggiuntivo richiesta)
- affiancamento da lettore umano** (un membro della commissione esaminatrice o suo delegato) in quanto in possesso di diagnosi clinica di DSA (dislessia);
- utilizzo di calcolatrice – non scientifica** (solo per studenti con discalculia diagnostica);
- utilizzo di fogli con caratteri ingranditi o di un pc/video ingranditore** (solo per studenti con deficit visivo);

ALL. D

- utilizzo di ausili informatici o di affiancamento di un membro della commissione esaminatrice** per scrittura sotto dettatura del testo su format adeguato (valido solo per studenti con deficit visivo, motorio/fisico e studenti con DSA)
- accompagnamento alla persona.**

Allega:

- certificazione di invalidità/disabilità;
- diagnosi clinica di DSA
- autocertificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 19 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 di conformità agli originali delle copie allegate.

Luogo e data _____ Firma _____

PRESA VISIONE TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a
dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) – GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016 e delle Linee Guida CODAU in materia di privacy e protezione dei dati personali in ambito universitario adottate e fatte proprie dall'Ateneo con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 119/2018 Prot. n. 26014 e del D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018, recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento EU 679/2016 (GDPR), reperibili sul Portale di Ateneo all'indirizzo www.unich.it/privacy

Firma leggibile.....

..... li

(luogo e data)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETA'

(Articoli 19, 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

domiciliato/a in _____ (_____) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

n. telefono _____

codice fiscale _____

CONSAPEVOLE

- delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci;
- della perdita dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R.;
- dell'effettuazione di controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del citato D.P.R.;

DICHIARA

- di informare consapevolmente l'Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara della propria invalidità/disabilità/DSA;
- che la documentazione allegata alla domanda di misure compensative è conforme all'originale;
- che quanto attestato nella documentazione allegata non è stato revocato, sospeso o modificato (D.L. 9 febbraio 2012, n. 5, art. 4, comma 2).

ALLEGA

Copia del documento di identità in corso di validità di seguito indicato: _____.

Data _____

Firma _____