



Università degli Studi "G. d'Annunzio"

Chieti – Pescara

RICHIESTA MISURE COMPENSATIVE

MODULO DOMANDA FRUIZIONE MISURE COMPENSATIVE

(L. 104/1992 e L. 170/2010 e ss.mm.ii)

Al Magnifico Rettore Università degli Studi
"G. d'Annunzio" Chieti-Pescara

Al Responsabile del Settore
Diritto allo Studio e Disabilità
Università degli Studi "G. d'Annunzio"
Chieti-Pescara
invio e-mail: servizio.disabilitaedsa@unich.it

Il/la sottoscritto/a _____

Cittadinanza _____

nato/a a _____

Nazione _____ il ____/____/____ residente a _____

CAP _____ in Via _____ n. _____

Telefono _____ cell. _____

e-mail _____

indirizzo presso il quale desidera avere eventuali comunicazioni:

CHIEDE

di poter fruire delle seguenti misure compensative ai sensi delle Leggi n. 104/1992 e n. 170/2010 e ss.mm.ii.
e delle connesse Linee Guida per la partecipazione alla prova di *(indicare la prova da sostenere)*

programmata per il giorno _____ ore _____.

N.B.: è data possibilità di proporre una o più misure compensative di seguito elencate *(fatte salve le caratteristiche delle prove (ad es. scritte o orali) e le specifiche esclusioni stabilite dal bando o dalla normativa di riferimento)*:



- ☐ Fruizione di tempo aggiuntivo: *(N.B. indicare la percentuale richiesta di tempo aggiuntivo)*
- ☐ fino al 30% in più in caso di DSA: _____ %;
 - ☐ fino al 50% in più in caso di disabilità/invalidità _____ %.
- ☐ affiancamento da lettore umano (un membro della commissione esaminatrice o suo delegato);
- ☐ utilizzo di calcolatrice - non scientifica – (solo per studenti con discalculia diagnosticata);
- ☐ utilizzo di fogli con caratteri ingranditi o di un pc/video ingranditore (solo per studenti con deficit visivo);
- ☐ utilizzo di ausili tecnico-informatici o di affiancamento umano (un membro della commissione esaminatrice o suo delegato autorizzato) per scrittura sotto dettatura o trascrizione del testo su formato adeguato (valido solo per studenti con deficit visivo, motorio/fisico e studenti con DSA);
- ☐ assistenza alla comunicazione LIS o alla lettura labiale (esclusivamente per candidati sordomuti);
- ☐ accompagnamento alla persona;
- ☐ altro _____.

ALLEGA

(solo per coloro che non abbiano già trasmesso al Servizio disabilità la documentazione sanitaria per la richiesta dei Servizi di Ateneo dedicati):

- ☐ copia del verbale di accertamento dell'handicap (ai sensi della L. 104/92);
- ☐ copia del verbale di accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive, e della sordità;
- ☐ copia della certificazione diagnostica, rilasciata da non più di tre anni, da struttura afferente al sistema Sanitario Nazionale o da ente accreditato di Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) (senza OMISSIS).

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 455/2000, dichiara che:

- ☐ la documentazione allegata è conforme all'originale;
- ☐ quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato (D.L. 9 febbraio 2012, art. 4, comma 2).

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali), di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei propri dati personali, disponibile online all'indirizzo:

https://www.unich.it/sites/default/files/2024-05/informativa_studenti_versione_estesa.pdf

Allega copia di documento di identità in corso di validità: _____.

Luogo e data _____

Firma _____