

AII. D



Università degli Studi "G. d'Annunzio"  
CHIETI-PESCARA

**Al Magnifico Rettore**  
**Università degli Studi "G. D'Annunzio"**

**Al Servizio Disabilità**  
**Università degli Studi "G. D'Annunzio"**

**Oggetto:** Richiesta di servizio di assistenza personalizzata a vantaggio di studenti diversamente abili per prove di ammissione.

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  Formazione  Aggiornamento

Perfezionamento  Master in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ delle seguenti misure compensative previste dalla legge 17/99 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);
- utilizzo di ausili informatici o di affiancamento di un membro della commissione esaminatrice per scrittura sotto dettatura o trascrizione del testo su format adeguato (solo per studenti con deficit visivo, motorio/fisico e studenti con DSA);
- svolgimento della prova in ambiente silenzioso;
- accompagnamento alla persona.

Allega:

- Certificazione di invalidità/disabilità;
- Diagnosi clinica di DSA.

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](http://www.unich.it/privacy)

**Firma leggibile**.....

..... li .....

(luogo e data)