

AII. F



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”
servizio.disabilitaedsa@unich.it

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 **Master Interateneo di durata annuale di II Livello in “Scienza e Comunicazione dei Prodotti Cosmetici e Dermatologici” – A.A. 2023/2024**, 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

Firma leggibile.....

..... li

(luogo e data)