



MODULO DOMANDA FRUIZIONE MISURE COMPENSATIVE

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

Al Magnifico Rettore
SETTORE DIRITTO ALLO STUDIO - TUTORATO -
DISABILITA
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 nn. 104/1992, 118/1971 e 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);



Università degli Studi “G. d’Annunzio”
Chieti - Pescara

- 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

- copia del verbale di accertamento dell’handicap (ai sensi della L. 104/92)¹;
- copia del verbale di accertamento dell’invalidità civile, delle condizioni visive, e della sordità (Legge 18/1971) ¹;
- copia della certificazione diagnostica di Disturbi Specifici dell’Apprendimento (DSA) rilasciata da struttura afferente al sistema Sanitario Nazionale o da ente accreditato ².

Il/la sottoscritto/a, 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/informativa_studenti_versione_estesa.pdf

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

Luogo e data _____ Firma _____

¹ N.B.: la certificazione deve essere allegata senza OMISSIS;

² come previsto dalla Legge 170/2010 (art. 3) e dalle correlate Linee Guida, le diagnosi di DSA devono essere rilasciate dalle strutture del S.S.N. o dagli enti e professionisti accreditati dalle Regioni. La diagnosi deve contenere le indicazioni per il percorso universitario, le indicazioni delle batterie di test somministrati ed i relativi scoring, le tabelle indicanti le misure compensative e dispensative suggerite, dalle quali si evinceranno le misure pertinenti alla diagnosi di disturbo di apprendimento. Qualora la diagnosi dovesse essere relativa alla minore età non dev’essere antecedente a tre anni