



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

Richiesta di adattamenti - prova di ammissione al Corso di Laurea in _____

Candidata/o: _____

RICHIESTE

- Tempo aggiuntivo fino al 50% (per candidate/i con invalidità civile e/o handicap ex L. 104)
- Tempo aggiuntivo fino al 30% (per candidate/i con DSA)
- Tutor per lettura/scrittura
- Calcolatrice non scientifica
- Altro (precisare gli ausili necessari, ad es. possibilità di assumere farmaci durante la prova, ecc.):
.....
.....

NON possono essere concessi: dizionario e/o vocabolario, formulari, mappe concettuali, tavola periodica degli elementi, personal computer, smartphone, tablet.

Qualora per esigenze organizzative e/o disposizioni cogenti, non sia possibile garantire l'adattamento richiesto, sarà definita una misura alternativa di uguale valore compensativo.

ATTENZIONE: NELLA PROCEDURA ON-LINE DEVONO ESSERE ALLEGATI:

- DOCUMENTI SANITARI CHE ATTESTANO L'ESIGENZA DI ADATTAMENTI
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
- COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE RICHIESTE PRIVE DI ALLEGATI

La documentazione sanitaria deve rientrare in una o più delle seguenti casistiche:

- Certificazione di DSA, in base alla L.170/2010 rilasciata da non più di 3 anni oppure in epoca successiva al compimento del diciottesimo anno di età, da strutture sanitarie locali o da Enti e specialisti accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale;
- Certificazione di handicap in base alla L.104/92 rilasciata dalla Commissione Medica competente per territorio e comprovante il grado di handicap riconosciuto;
- Certificazione di invalidità civile rilasciata dalla Commissione Medica competente per territorio e comprovante il tipo di invalidità e il grado riconosciuto;
- Documentazione attestante la presenza di una patologia che possa determinare un' inabilità anche temporanea allo studio ¹.

La documentazione deve essere chiara e completa di tutte le informazioni utili a capire le necessità specifiche della/del candidata/o.

Luogo e data

Firma

¹ Si fa riferimento a condizioni di salute che possono comportare alcune necessità specifiche durante lo svolgimento della prova.

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
ai sensi degli articoli 19 e 47, D.P.R. 445/2000**

(Da compilare solo in caso di certificazione medica non aggiornata causa Covid – 19)

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a _____ in data _____

residente a _____

via / piazza _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA CHE

la copia allegata del certificato di invalidità e/o del certificato di cui alla legge 104 del 1992 rilasciata dalla Commissione Medica competente per territorio e comprovante il tipo di invalidità e/o il grado di handicap riconosciuto è conforme all'originale

OPPURE

che la copia allegata della certificazione dello stato di DSA di cui alla legge n. 170 del 2010, rilasciata da strutture sanitarie locali o da Enti e specialisti accreditati con il servizio sanitario regionale, è conforme all'originale

E

che, a causa delle limitazioni dell'attività del SSN per l'emergenza Covid-19, non ha potuto aggiornare la certificazione sopra selezionata e si impegna ad integrarla successivamente.

Dichiara inoltre che quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato (D.L. 9 febbraio 2012, n. 5, art. 4, comma 2).

Trattamento dati personali: Ai sensi del Regolamento UE numero 679/2016 il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività di gestione della procedura ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento con l'eventuale utilizzo di procedure informatizzate e nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità anche in caso di eventuale comunicazione a terzi.

Luogo e data

Firma del dichiarante

(N.B. È necessario allegare alla presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà copia di un documento di riconoscimento in corso di validità)