**MODULO DI RICHIESTA AUSILI PER DSA e DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ DI CERTIFICAZIONE MEDICA**

per la prova di ammissione a corsi di laurea ad accesso programmato A.A.2020-21

Io sottoscritto/a \_\_ Nato/a a il Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_\_\_\_ In via n.

Telefono cellulare Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a alla prova di ammissione ai corsi di laurea delle Professioni Sanitarie a.a. 2020/21, in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiede

Di poter fruire, oltre che del tempo aggiuntivo pari al 30% in più, dei seguenti ausili in sede di test di ammissione, così come previsto dalla Legge 170/2010 e successive Linee Guida. È possibile segnare uno o più degli ausili di seguito elencati:

 Possibilità di essere affiancato da un lettore umano/tutor

 Possibilità di utilizzare calcolatrice non scientifica

 Possibilità di utilizzare apposita strumentazione che consenta l’ingrandimento

Ai sensi dell’ Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

# Dichiara

 che la copia semplice della documentazione medica relativa alla condizione di DSA allegata alla domanda di ammissione ai corsi di laurea delle Professioni Sanitarie a.a. 2020/21 è conforme all’originale in proprio possesso.

 che a causa delle limitazioni dell’attività del SSN per l’emergenza Covid-19, non ha potuto aggiornare la certificazione di DSA scaduta da oltre 3 anni e si impegna ad integrarla successivamente.

Ancona, ………………………………….

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Questa richiesta si intende accolta con riserva e gli ausili saranno autorizzati dalla Commissione d’esame come previsto dall’art. 4 del bando.