**MODULO DI RICHIESTA AUSILI PER DISABILITA’ 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 dei seguenti ausili in sede di test di ammissione, così come previsto dalla Legge 104/92. È possibile segnare uno o più degli ausili di seguito elencati:

 Tempo prolungato pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (non eccedente il 50% in più)

 Possibilità di essere affiancato da un lettore umano /tutor

 Possibilità di utilizzare apposita strumentazione che consenta l’ingrandimento

 Banco accessibile

 Altro (specificare)\_

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 disabilità allegata alla domanda di ammissione ai corsi di laurea delle Professioni Sanitarie a.a. 2020/21 è conforme all’originale in proprio possesso.

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.