**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.2023-24

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 triennale delle Professioni Sanitarie A.A. 2023/24 prevista per il 14 settembre 2023,

**Dichiara**

 **Di NON richiedere ausili** per lo svolgimento della prova;

 **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 triennale delle Professioni Sanitarie a.a. 2023/24 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.