UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

MODULO DI RICHIESTA AUSILI PER DISABILITA'/INVALIDITA' e DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI CERTIFICAZIONE MEDICA

per la prova di ammissione a corsi di laurea ad accesso programmato A.A.2024-25

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 magistrali a ciclo unico di Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e P.D. A.A. 2024/25 del giorno (inserire la data del 28 maggio 2024 o del 30 luglio 2024):_____

Dichiara

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

☐ **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 scrittore;
- ☐ 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 magistrali a ciclo unico di Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e P.D. A.A. 2024/25 è conforme all'originale in proprio possesso.

Ancona, …….

Firma

_____

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