UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

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.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, 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 scrittore**;
- ☐ 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 magistrali a ciclo unico di Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e P.D. A.A. 2024/25 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, …….

Firma

_____

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