

Prot. n. _____ del _____
All: _____

Al CInAP

Oggetto: prove di ammissione A.A. 2018/2019

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (____) C.F. _____
tel. _____ mail _____
con diagnosi di _____
 difficoltà visive difficoltà comportamentali disturbi metabolici patologie oncologiche patologie multiple
 difficoltà motorie provvisorie/permanenti difficoltà uditive DSA Altro _____

DICHIARA

di essere iscritto/a alla prova di ammissione in _____
 Cdl triennale Cdl specialistica Cdl magistrale a ciclo unico altro _____
che si terrà in data _____ alle ore _____ presso _____
e di avere necessità delle seguenti misure compensative¹, a garanzia di pari opportunità:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> accessibilità | <input type="checkbox"/> assistenza igienico personale/alla comunicazione ² |
| <input type="checkbox"/> calcolatrice non scientifica | <input type="checkbox"/> ingresso e uscita prioritari con accompagnamento |
| <input type="checkbox"/> LIS | <input type="checkbox"/> tutor (lettura, scrittura, gestione delle consegne) |
| <input type="checkbox"/> tempo prolungato | <input type="checkbox"/> altro da specificare _____ |

Note _____

Allega alla presente:

- copia documento di identità
- copia tassa pagata
- copia verbale invalidità copia verbale L.104/1992 copia diagnosi DSA ai sensi della L.170/2010
- autocertificazione di conformità agli originali
- certificato medico, rilasciato da struttura pubblica (ASP, azienda ospedaliera, etc.), con le misure compensative necessarie a garanzia di pari opportunità.

Dichiara, inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, di essere a conoscenza che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale.

Catania li, _____

Firma _____

¹ Le misure compensative saranno erogate previo parere del Comitato di Gestione del CInAP e della Commissione d'Esame.

² Servizio fornito dalla Città Metropolitana del Comune di residenza, tramite apposita richiesta a cura dell'interessato. Lo stesso è tenuto a inviare al CInAP copia dell'autorizzazione formale indicante nominativo dell'operatore assegnato. Il CInAP provvederà all'autorizzazione per far entrare l'operatore in sede d'esame per tutta la durata della prova.