



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Al Responsabile del Procedimento

Università degli Studi del Piemonte Orientale

“A. Avogadro”

Oggetto: richiesta ausili – Test di accesso programmato ai corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie – a.a. 2024/2025

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, codice fiscale _____, residente a _____, via _____ n° _____, indirizzo e-mail _____, recapito telefonico _____, iscritto/a per l'a.a. 2024/2025 al test di accesso programmato per i corsi di laurea triennali delle Professioni Sanitarie presso questo Ateneo

CHIEDE

Di potersi avvalere delle seguenti misure compensative conformi alla legislazione vigente per lo svolgimento della prova fissata il 5.09.2024: (*barrare le misure richieste*)

- calcolatrice non scientifica
- tutor lettore
- tempo aggiuntivo
- altro: _____

In qualità di studente con:

- DSA
- Disabilità

Allega altresì:

- Copia della certificazione medica rilasciata da _____
- Copia del documento d'identità

Luogo e Data

Firma