Al Responsabile del Procedimento

Università degli Studi del Piemonte Orientale

“A. Avogadro”

**Oggetto: richiesta ausili ‒ Test di accesso programmato al 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 [**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**](mailto:tottapiacenza@gmail.com), 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

C H I E D E

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