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. 2023/2024**

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. 2023/2024 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 delle prove fissate il 14/09/2023:

- calcolatrice non scientifica

- tutor lettore

- tempo aggiuntivo

- altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In quanto DSA/disabile certificato ai sensi della normativa vigente

Allega altresì:

* Copia della certificazione medica rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Copia del documento d’identità

Luogo e Data Firma