Al Responsabile del Procedimento

Università degli Studi del Piemonte Orientale

“A. Avogadro”

**Oggetto: richiesta ausili Test di accesso programmato al Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia‒ a.a. 2024/2025 – sede svolgimento test Novara**

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 il corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia presso questo Ateneo

C H I E D E

Di potersi avvalere, ai sensi della normativa vigente, delle seguenti misure compensative conformi alla legislazione vigente per lo svolgimento delle prove nelle date indicate: (*barrare la/e data/e e le misure d’interesse*)

□ 28 maggio 2024 □ 30 luglio 2024

□ calcolatrice non scientifica

□ tutor lettore

□ tempo aggiuntivo

□ altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di studente con:

□ DSA

□ Disabilità

Allega altresì:

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

Luogo e Data Firma