



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

## Richiesta adattamenti per la prova di ammissione al Corso di Laurea in

---

Candidato: \_\_\_\_\_

### RICHIESTE

- Tempo aggiuntivo fino al 50% (per candidati con Invalidità civile e/o handicap ex L. 104)
  - Tempo aggiuntivo fino al 30% (per candidati con DSA, BES, patologia)
  - Tutor lettore/scrittore
  - Calcolatrice non scientifica
  - Altro (precisare gli ausili necessari ad es. possibilità di assumere farmaci durante la prova, etc.)
- .....

- NON possono essere concessi: dizionario e/o vocabolario, formulari, mappe concettuali, tavola periodica degli elementi, personal computer, smartphone, tablet.
- Qualora per esigenze organizzative e/o disposizioni cogenti non sia possibile garantire l'adattamento richiesto sarà definita una misura alternativa di uguale valore compensativo.

ATTENZIONE: NELLA PROCEDURA ONLINE DEVONO ESSERE ALLEGATI I DOCUMENTI SANITARI CHE ATTESTANO L'ESIGENZA DI ADATTAMENTI - **NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE RICHIESTE PRIVE DI ALLEGATI**

La documentazione sanitaria deve rientrare in una o più delle seguenti casistiche:

- Diagnosi di DSA, in base alla L.170/2010;
- Certificazione di handicap in base alla L.104/92;
- certificazione di Invalidità civile;
- Documentazione attestante la presenza di una patologia che possa determinare una inabilità anche temporanea allo studio<sup>1</sup>
- Documentazione, rilasciata da uno specialista del SSN, che attesti un altro tipo di disturbo evolutivo specifico (BES) che incida sull'apprendimento.

**La documentazione deve essere chiara e completa di tutte le informazioni utili a capire le necessità specifiche del candidato.**

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> Si fa riferimento a condizioni di salute che possono comportare alcune necessità specifiche durante lo svolgimento della prova

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
ai sensi degli articoli 19 e 47, D.P.R. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via / piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA CHE

la copia allegata del certificato di invalidità e/o del certificato di cui alla legge 104 del 1992 rilasciata dalla Commissione Medica competente per territorio e comprovante il tipo di invalidità e/o il grado di handicap riconosciuto è conforme all'originale

OPPURE

che la copia allegata della certificazione dello stato di DSA di cui alla legge n. 170 del 2010, rilasciata da strutture sanitarie locali o da Enti e specialisti accreditati con il servizio sanitario regionale, è conforme all'originale

Dichiara inoltre che quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato (D.L. 9 febbraio 2012, n. 5, art. 4, comma 2).

Trattamento dati personali: Ai sensi del Regolamento UE numero 679/2016 il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività di gestione della procedura ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento con l'eventuale utilizzo di procedure informatizzate e nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità anche in caso di eventuale comunicazione a terzi.

Luogo e data

Firma del dichiarante

**(N.B.: È necessario allegare alla presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà copia di un documento di riconoscimento in corso di validità)**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
ai sensi degli articoli 19 e 47, D.P.R. 445/2000**

**(Da compilare solo in caso di certificazione medica non aggiornata causa Covid – 19)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via / piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA CHE

la copia allegata del certificato di invalidità e/o del certificato di cui alla legge 104 del 1992 rilasciata dalla Commissione Medica competente per territorio e comprovante il tipo di invalidità e/o il grado di handicap riconosciuto è conforme all'originale

OPPURE

che la copia allegata della certificazione dello stato di DSA di cui alla legge n. 170 del 2010, rilasciata da strutture sanitarie locali o da Enti e specialisti accreditati con il servizio sanitario regionale, è conforme all'originale

E

che, a causa delle limitazioni dell'attività del SSN per l'emergenza Covid-19, non ha potuto aggiornare la certificazione sopra selezionata e si impegna ad integrarla successivamente.

Dichiara inoltre che quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato (D.L. 9 febbraio 2012, n. 5, art. 4, comma 2).

Trattamento dati personali: Ai sensi del Regolamento UE numero 679/2016 il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività di gestione della procedura ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento con l'eventuale utilizzo di procedure informatizzate e nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità anche in caso di eventuale comunicazione a terzi.

Luogo e data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(N.B. È necessario allegare alla presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà copia di un documento di riconoscimento in corso di validità)**