

Protocollo n° _____ Tit. ____ Cl. _____
del _____ Allegati: _____

**Al ClnAP**

**Oggetto: prove d'ingresso A.A. ....**

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

DICHIARA

DI ESSERE ISCRITTO ALLA PROVA DI AMMISSIONE AL I° ANNO DEL CORSO DI LAUREA

TRIENNALE                       SPECIALISTICA                       MAGISTRALE A CICLO UNICO

IN \_\_\_\_\_

CHE SI TERRA' IN DATA \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO, A GARANZIA DI PARI OPPORTUNITA', RICHIEDE LE SEGUENTI MISURE COMPENSATIVE:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

DICHIARA

inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, di conoscere che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

E ALLEGA ALLA PRESENTE:

- COPIA TASSA PAGATA;
- COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA';
- COPIA VERBALE INVALIDITA';     COPIA VERBALE LEGGE 104/92;     COPIA DIAGNOSI DSA LEGGE 170/10;
- AUTOCERTIFICAZIONE DI CONFORMITA' AGLI ORIGINALI
- CERTIFICATO MEDICO RILASCIATO DA STRUTTURA PUBBLICA (ASP, AZIENDA OSPEDALIERA...)

*Nel suddetto certificato sono esplicitate le misure compensative necessarie alla persona e specificata la finalita' di utilizzo per la partecipazione ai test d'ingresso per l'anno accademico .....*

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_