

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
All: \_\_\_\_\_

**Al CInAP**

**Oggetto: prove di ammissione A.A. 2018/2019**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.F. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
con diagnosi di \_\_\_\_\_  
 difficoltà visive    difficoltà comportamentali    disturbi metabolici    patologie oncologiche    patologie multiple  
 difficoltà motorie provvisorie/permanenti    difficoltà uditive    DSA    Altro \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere iscritto/a alla prova di ammissione in \_\_\_\_\_  
 Cdl triennale    Cdl specialistica    Cdl magistrale a ciclo unico    altro \_\_\_\_\_  
che si terrà in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
e di avere necessità delle seguenti misure compensative<sup>1</sup>, a garanzia di pari opportunità:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> accessibilità                | <input type="checkbox"/> assistenza igienico personale/alla comunicazione <sup>2</sup> |
| <input type="checkbox"/> calcolatrice non scientifica | <input type="checkbox"/> ingresso e uscita prioritari con accompagnamento              |
| <input type="checkbox"/> LIS                          | <input type="checkbox"/> tutor (lettura, scrittura, gestione delle consegne)           |
| <input type="checkbox"/> tempo prolungato             | <input type="checkbox"/> altro da specificare _____                                    |

Note \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- copia documento di identità
- copia tassa pagata
- copia verbale invalidità    copia verbale L.104/1992    copia diagnosi DSA ai sensi della L.170/2010
- autocertificazione di conformità agli originali
- certificato medico, rilasciato da struttura pubblica (ASP, azienda ospedaliera, etc.), con le misure compensative necessarie a garanzia di pari opportunità.

*Dichiara, inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, di essere a conoscenza 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.*

*Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale.*

**Catania li,** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Le misure compensative saranno erogate previo parere del Comitato di Gestione del CInAP e della Commissione d'Esame.

<sup>2</sup> Servizio fornito dalla Città Metropolitana del Comune di residenza, tramite apposita richiesta a cura dell'interessato. Lo stesso è tenuto a inviare al CInAP copia dell'autorizzazione formale indicante nominativo dell'operatore assegnato. Il CInAP provvederà all'autorizzazione per far entrare l'operatore in sede d'esame per tutta la durata della prova.