



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Al Responsabile del Procedimento

Università degli Studi del Piemonte Orientale

“A. Avogadro”

Oggetto: richiesta ausili - Test di accesso programmato Professioni sanitarie a.a. 2019/2020

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, codice fiscale _____, residente a _____,
via _____ n° _____, indirizzo e-mail _____,
recapito telefonico _____, iscritto/a per l'a.a. 2019/2020 al test di accesso
programmato per i corsi di laurea delle Professioni sanitarie presso questo Ateneo

CHIEDE

Di potersi avvalere delle seguenti misure compensative conformi alla L. 170/2010 e successive Linee Guida approvate con D.M. n. 5669 del 12/07/2011 per lo svolgimento delle prove fissate l' 11/09/2019:

-
-
-
-

In quanto DSA certificato ai sensi della L. 170/2010 e s.m.i.

Allega altresì:

- Copia della certificazione medica rilasciata da _____
- Copia del documento d'identità

_____, / /2019

Firma _____