IPU
UNIVERSITÀ PONTIFICIA SALESIANA
SEDE AGGREGATA DELLA TUSCIA

MODULO DI RICHIESTA PER PROVA D'ESAME PERSONALIZZATA DSA

a Al Professore / Professoressa

PROVA D'ESAME DA SOSTENERE

DENOMINAZIONE DEL CORSO

NUMERO CFU

DATA DELLA SESSIONE

DATI DELLO/A STUDENTE/STUDENTESSA

COGNOME

NOME

MATRICOLA

CORSO DI STUDIO

ANNO ACCADEMICO

Sono uno studente ☐ IN SEDE ☐ FUORI SEDE

TIPO DI DIAGNOSI (Fare riferimento alla certificazione)

☐ Dislessia (difficoltà nel processo di lettura)

☐ Disortografia (difficoltà nei processi linguistici di transcodifica)

☐ Disgrafia (difficoltà del tratto grafico)

☐ Discalculia (difficoltà del calcolo e dell'elaborazione dei numeri)

☐ Altro (specificare)

MODALITA' PROVA D'ESAME PERSONALIZZATA

☐ 30% di tempo aggiuntivo in più per l'espletamento della prova

☐ Conversione della modalità scritta in orale o viceversa

☐ Prevedere nella prova scritta l'eventuale riduzione quantitativa, ma non qualitativa, nel caso non sia concesso il tempo aggiuntivo

☐ Utilizzo di supporti quali dizionari, calcolatrice, mappe concettuali, tabelle

☐ Utilizzo del PC per la prova scritta

☐ Valutazione dei contenuti piuttosto che della forma e dell'ortografia

☐ Altro (specificare)

ALLEGATI

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, allega:

☐ Copia della certificazione DSA

☐ Copia di un documento di identità

E dichiara che:

☐ Gli allegati sono conformi all'originale

☐ Quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato

Data, _____

Firma _____

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I dati raccolti con il presente modulo saranno trattati nel rispetto della privacy dello studente (D.Lgs. 196/2003)