

# MODULO RICHIESTA VALUTAZIONE – legge 104

## DATI ANAGRAFICI

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

## POSIZIONE UNIVERSITARIA

Facoltà: \_\_\_\_\_ Corso di Studi: \_\_\_\_\_

Matricola: \_\_\_\_\_ Anno di frequenza: \_\_\_\_\_

## DESCRIZIONE DELLE PROPRIE CONDIZIONI DI SALUTE

Indicare di seguito la tipologia di disabilità per cui si presenta la richiesta, riportando il codice ICD di riferimento e dettagliando il più possibile le proprie condizioni di salute (*ad esempio, H54.5 Deficit visivo grave, monolare. A causa di un glaucoma all'occhio destro, la visione monolare destra risulta deficitaria e si necessita pertanto di un particolare sostegno nell'esecuzione degli esami scritti*):

---

---

---

*(Allegare documentazione in pdf)*

Grado di invalidità: \_\_\_\_\_ *(Allegare documentazione in pdf)*

In riferimento alla certificazione INPS presentata, barrare la casella interessata:

- è rivedibile (se sì, specificare quando: \_\_\_\_\_);
- è definitiva.

Stante quanto sopra descritto, lo/la studente/studentessa richiede di poter usufruire dei seguenti sostegni/ausili:

- ingrandimento del testo nel compito scritto;
- tutor per la scrittura del compito;
- tutor per l'accompagnamento nella sede di \_\_\_\_\_;
- 30 minuti in più per l'esecuzione del compito;
- stampa del compito in formato A3;
- esame solo in modalità orale;
- uso del computer per la scrittura del compito;
- altro \_\_\_\_\_.

Di seguito è possibile aggiungere eventuali osservazioni e/o commenti ritenuti utili alla commissione di valutazione:

---

---

Data \_\_\_\_\_ Firma dello studente \_\_\_\_\_

(allegare C.I. firmatario)