

Al **CInAP**
Centro per l'Integrazione Attiva e Partecipata
Via A. Di Sangiuliano n. 259
95131 – Catania (CT)
email: cs.cinap@unict.it

Oggetto: Richiesta misure compensative per lo svolgimento degli Esami di Stato – Sessione prima/seconda - anno _____

(depenare le parti che non interessano)

 sottoscritt _____
nat _____ a _____ (prov. _____), il _____, codice fiscale
_____, residente in _____ (prov. _____),
Via _____
n. _____, email _____, telefono _____,

DICHIARA

di aver presentato domanda di ammissione all'esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di _____, che si terrà in data _____, presso _____.

 sottoscritt _____, a garanzia di pari opportunità, CHIEDE le seguenti misure compensative:

1. _____
2. _____
3. _____

DICHIARA, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA alla presente:

- Certificazione medica in originale rilasciata da una struttura pubblica (ASP, Azienda Ospedaliera, ecc.) attestante le misure compensative necessarie al candidato in occasione delle prove d'esame;
- Copia delle tasse pagate (contributo + tassa di ammissione);
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copia verbale d'invalidità Copia verbale L. n. 104/92 Copia diagnosi DSA L. n. 170/10;
- Autocertificazione di conformità agli originali delle copie presentate (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – artt. 19 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Luogo e data

Firma