**INFORMATIVA ai sensi dell’art. 13 d.lgs. 196/2003 e GDPR 2016/679**

Gentile utente, La informiamo che i dati raccolti con il presente modulo verranno trattati per accertare la conformità all’originale della documentazione clinica caricata da studenti/esse con Disturbi Specifici di Apprendimento nella propria pagina personale del data base Esse3.

Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia in assenza potrebbe non essere garantita l’erogazione dei servizi.

Il trattamento potrà avvenire sia con modalità elettronica che cartacea.

Tutti i dati raccolti saranno protetti e gestiti prioritariamente dall’ufficio Servizio Accoglienza Studenti con Disabilità e con DSA dell’Università degli Studi di Camerino; potrebbero essere trattati anche dalle strutture amministrative e dipartimentali dell’Università di Camerino per finalità amministrative/contabili,ma soltanto in forma parziale e non verranno comunicati ad altri Enti se non in forma aggregata.

L’utente indicando il proprio recapito telefonico accetta la possibilità di essere contattato/a dall’Università.

Il trattamento dei dati comprenderà anche dati personali c.d. sensibili ivi  
inclusi i dati idonei a rilevare lo stato di salute.

Il trattamento ha le finalità di erogare servizi specifici, che tengano conto dell'effettiva condizione di salute dello/a studente/essa e della documentazione clinica prodotta; per le medesime finalità  
potrebbero essere comunicati agli uffici d’Ateneo e ad Enti esterni (es. Ministero e ANVUR) solo alcune delle informazioni riportate per fini statistici e di rilevazione numerica; il  
trattamento e la comunicazione saranno effettuati in maniera aggregata, sotto forma di anonimato e con modalità elettronica.

Titolare del trattamento è l’Università degli Studi di Camerino.

Responsabile del trattamento è il Responsabile del Macro Settore Responsabile dell’Area Servizi agli Studenti e Mobilità Internazionale - Servizio Accoglienza Studenti con Disabilità e con DSA dell’Università degli Studi di Camerino.

La informiamo che in qualità di interessato/a potrà richiedere in qualunque momento e tramite istanza al Responsabile aggiornamento, integrazione, cancellazione dei dati.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione della sopra riportata informativa e di fornire il proprio consenso al trattamento dei dati conferiti.

**Con la sottoscrizione della presente informativa l’utente accetta il trattamento dei propri dati personali e sensibili.**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

autentica e per esteso

MODULO RICHIESTA TEMPI AGGIUNTIVI E MISURE COMPENSATIVE

PER CANDIDATI CON DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA)

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA

**DATI ANAGRAFICI**

NOME

COGNOME

CELLULARE

E-MAIL

|  |
| --- |
| DATI RELATIVI AI DSA  (barrare con una X l’opzione scelta)  □ Sono uno/a candidato/a con DSA  Specificare:  □ Dislessia (F81.0)  □ Discalculia (F81.2)  □ Disgrafia (F81.8)  □ Disortografia (F81.1)  □ Disturbi misti (F81.3) |
| RICHIESTA PER CANDIDATI CON DSA  (barrare con una X l’opzione scelta)  □ Richiedo tempo aggiuntivo (max 30%)  Solo in caso di particolare gravità del DSA:  □ Richiedo l’uso della calcolatrice non scientifica  □ Richiedo il supporto di un video-ingranditore o affiancamento di un lettore scelto dall'Ateneo |

**Si comunica che il/la candidato/a riceverà una risposta alla richiesta presentata entro i 5 giorni antecedenti la prova**