MODULO RICHIESTA TEMPI AGGIUNTIVI E MISURE COMPENSATIVE

PER CANDIDATI CON DISABILITÀ O CON DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA)

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA

**DATI ANAGRAFICI**

NOME

COGNOME

CELLULARE

E-MAIL

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI RELATIVI ALLA DISABILITA’**(barrare con una X l’opzione scelta)□ Sono uno/a candidato/a con disabilità Specificare: | **DATI RELATIVI AI DSA**(barrare con una X l’opzione scelta)□ Sono uno/a candidato/a con DSA Specificare:□ Dislessia □ Discalculia □ Disgrafia □ Disortografia  |
| **RICHIESTA PER CANDIDATI CON DISABILITA’** (barrare con una X l’opzione scelta)□ Richiedo tempo aggiuntivo (max 50%) □ Richiedo ausili: specificare  | **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.**

INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART. 13 D. lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del GDPR 2016/679

Gentile utente, La informiamo che i dati raccolti con il presente modulo verranno trattati al fine di monitorare il numero e le esigenze di studenti con disabilità e con DSA, per orientare le risposte dell’Università nei loro confronti.

Il trattamento avverrà con modalità elettronica o cartacea (registrazione, conservazione ed archiviazione documenti. Tutti i dati raccolti saranno protetti tramite password o archivi riservati e verranno gestiti esclusivamente dal personale tecnico amministrativo del ASSINT- Servizio Accoglienza Studenti con disabilità e con DSA). Il conferimento dei dati è facoltativo; il mancato conferimento potrebbe tuttavia comportare l’impossibilità di fruire di eventuali benefici ed agevolazioni ad hoc.

Indicando il proprio recapito telefonico l’utente accetta la possibilità di essere contattato telefonicamente (per una eventuale richiesta di chiarimenti, per concordare la data di un colloquio di approfondimento etc.).

I dati sono trattati dal Servizio Accoglienza Studenti con disabilità e con DSA e dalle strutture amministrative e dipartimentali coinvolte nell’erogazione degli specifici servizi e benefici, per le finalità contabili ed amministrative che si paleseranno nella gestione del procedimento. I dati non verranno comunicati ad altri Enti esterni all’Università se non in forma aggregata.

Titolare del trattamento è l’Università degli Studi di Camerino. Responsabile del trattamento è il Responsabile dell’ASSINT- Servizio Accoglienza Studenti con disabilità e con DSA dell’Università degli Studi di Camerino.

La informiamo che in qualità di interessato potrà richiedere, presentando istanza al Responsabile in qualunque momento l’aggiornamento, l’integrazione o la rettificazione dei dati, la loro trasformazione in forma anonima o cancellazione ed infine il blocco dei dati trattati in violazione di legge.

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

□ Accetto (obbligatorio)

□ Non accetto

Luogo e data

Firma