Allegato n. 2

Al Responsabile del Procedimento

Università degli Studi del Piemonte Orientale

“A. Avogadro”

Pec:**dsf@pec.uniupo.it**

**Oggetto: richiesta ausili per la prova di ammissione al 1° anno della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera ‒ a. a. 2023/2024**

Il/la sottoscritto/a**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, nato/a a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** il **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, codice fiscale **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, residente a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** , via **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** n° **\_\_\_\_**, indirizzo e-mail **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, recapito telefonico **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, iscritto/a al Concorso per l’ammissione al 1° anno della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera ‒ a. a. 2023/2024 presso questo Ateneo

C H I E D E

Di potersi avvalere delle seguenti misure compensative conformi alla legislazione vigente per lo svolgimento della prova di ammissione:

- calcolatrice non scientifica

- tutor lettore

- tempo aggiuntivo

- altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In quanto DSA/disabile certificato ai sensi della normativa vigente

Allega altresì:

* Copia della certificazione medica rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Copia del documento d’identità

Luogo e Data Firma