



ALL'AREA DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI

area.studenti@pec.unina.it

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____, matricola
_____ tel. _____ indirizzo posta elettronica
istituzionale _____ - indirizzo di posta elettronica personale
_____ avendo intenzione di partecipare all'appello/agli appelli (se si
intende ripetere la prova nelle due date, selezionarle entrambe) del:

20 novembre

10 dicembre

per gli esami di profitto previsti dal Decreto Ministeriale N. 418 del 30.05.2025 recante la disciplina di
attuazione delle nuove modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia,
Odontoiatria e Protesi Dentaria e Medicina Veterinaria – a.a. 2025-2026.

In riferimento alla propria condizione di candidato con:

DISABILITA' e/o INVALIDITÀ

DSA

CHIEDE

ai sensi delle normative vigenti (L. 104/92 smi e/o L. 170/2010), i seguenti ausili e/o strumenti compensativi
per lo svolgimento della prova:

tempo aggiuntivo del 50% (per candidati con invalidità civile e/o disabilità ex Legge 104/92);

tempo aggiuntivo del 30% (per candidati con DSA ex Legge 170/10);

calcolatrice non scientifica (fornita dall'Ateneo);

video- ingranditore (fornito dall'Ateneo);

tutor lettore/scrittore (individuato dall'ateneo);

altro (precisare gli ausili necessari ad es. tavolo antropometrico, possibilità di assumere farmaci durante
la prova, etc.)

DICHIARA, INOLTRE, DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE:

- **La presente richiesta NON costituisce iscrizione all'appello/agli appelli di esame**
- NON possono essere concessi: dizionario e/o vocabolario, formulari, mappe concettuali, tavola periodica degli elementi, personal computer, smartphone, tablet;



- NON potranno essere prese in considerazione richieste non sostenute dalla documentazione prevista dal DM N. 418 del 30.05.2025, all'allegato 2 comma 7;

ALLEGA alla presente istanza, la documentazione richiesta dal DM N. 418 del 30.05.2025, all'allegato 2 comma 7 (certificazione di disabilità in base alla L. 104/92; diagnosi di DSA, in base alla L.170/2010; certificazione di invalidità civile) che attesti anche la richiesta presentata.

NON ALLEGA alla presente istanza la documentazione di cui al punto precedente avendola già presentata al CENTRO SINAPSI nel corso del semestre aperto

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece rip.studenti@unina.it

Agli interessati competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. Le informazioni complete, relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.