



Dati personali			
Cognome			
Nome			
Luogo di nascita	Data di nascita		
	<i>Giorno</i>	<i>Mese</i>	<i>Anno</i>
Indirizzo di residenza			
<i>Via</i>	<i>Città (Prov.)</i>		<i>Cap</i>
Indirizzo del domicilio (se diverso dalla residenza)			
<i>Via</i>	<i>Città</i>		<i>Cap</i>
Recapiti			
<i>Telefono</i>	<i>Telefono alternativo</i>	<i>E.mail</i>	

Dati studente		
<i>Matricola</i>	<i>Anno di corso</i>	<i>Facoltà</i>
<i>Corso di studio</i>		

Tipologia di DSA (apporre una croce sulla/e voce/i di interesse)	
❖ Dislessia	<input type="checkbox"/>
❖ Discalculia	<input type="checkbox"/>
❖ Disgrafia	<input type="checkbox"/>
❖ Disortografia	<input type="checkbox"/>
❖ Disprassia	<input type="checkbox"/>
❖ Altro tipo di DSA (specificare): _____	



Servizi richiesti (apporre una croce sulla/e voce/i di interesse)

- ❖ Nomina del Docente Tutor referente
- ❖ Adattamento delle lezioni e degli esami
- ❖ Mediazione nel rapporto con i docenti
- ❖ Studente buddy
- ❖ Orientamento in entrata, in itinere e in uscita
- ❖ Supporto negli scambi internazionali
- ❖ Supporto dedicato della Segreteria Studenti

<input type="checkbox"/>

Eventuali osservazioni e/o suggerimenti:

Ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003, n.196, si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo e nella eventuale documentazione allegata esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni finalizzate alla concessione degli ausilii richiesti. Si dichiara, altresì di essere a conoscenza dell'art. 39 legge 448/98 in materia di autocertificazione dei soggetti portatori di handicap nonché dell'art. 76 T. U. del DPR 445/2000 in materia di norme penali relativamente a dichiarazioni mendaci.

Data _____

Firma dello/a studente/studentessa
