

“RICHIESTA MODALITÀ D’ESAME PERSONALIZZATA”

Il/La sottoscritto/a _____
matricola n. _____ nato/a a _____ (prov. _____) il _____,
iscritto/a al _____ (indicare anno di iscrizione) del Corso di studi in _____

- Sede di Potenza
 Sede di Matera

tipo di disabilità _____

CHIEDE

di poter usufruire, ai sensi delle Leggi n. 104/1992 e n. 170/2010 e ss.mm.ii. e delle connesse Linee Guida, delle seguenti misure compensative/dispensative: *(specificare una o più misure)*

per la partecipazione alla prova di: *(indicare la prova da sostenere)*

con il/la docente _____
programmata per il giorno _____ ore _____

Data

Firma dello/a Studente/ssa

N.B. La scansione del modulo deve essere inviata a serviziadisabilita@unibas.it almeno **15 giorni** prima della data dell'esame.