

RICHIESTA DI PERSONALIZZAZIONE ESAME

Al/la Docente _____

Il/La sottoscritto/a (COGNOME).....

Iscritto/a al corso di.....con matricola n.....

In possesso di regolare certificazione DSA e/o Disabilità, depositata presso la Segreteria dell' Accademia di Urbino

CHIEDE

L' applicazione delle misure dispensative e/o compensative di legge per lo svolgimento personalizzato dell' esameche intende affrontare nella sessione del mese dell'anno accademico

A tale scopo si impegna a concordare con il/la docente la modalità di esame più adatta con il dovuto e necessario anticipo e comunque entro e non oltre 30 giorni dalla data di esame.

Data e Luogo

Firma
