**MODELLO DI RICHIESTA PER LA FRUIZIONE DI LEZIONI IN STREAMING E/O REGISTRATE**

|  |
| --- |
| **ATTENZIONE**: La presa in carico della richiesta, la relativa istruttoria in coordinamento con la/il docente interessata/o, e – in caso di accoglimento – la predisposizione degli accorgimenti e delle attrezzature tecniche necessarie, richiedono tempi di lavorazione stimati indicativamente in **almeno 20 giorni**: l’interessata/o è invitata/o ad attivarsi in tempo utile |

Da: indirizzo di posta istituzionale (nome.cognome@studenti.univr.it )

A: inclusione@ateneo.univr.it

**OGGETTO**: RICHIESTA PER LA FRUIZIONE DI LEZIONI IN STREAMING E/O REGISTRATE

Spett.le UO Inclusione,

mi chiamo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e sono iscritta/o al corso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

**DICHIARO CHE**

Sono una studentessa / uno studente con disabilità / con DSA e/o con altra condizione medica rilevante (*cancellare l’opzione che non interessa*) e che:

* in ragione della mia condizione di disabilità o condizione medica documentata, mi trovo in una situazione (anche temporanea) di **impossibilità o grave impedimento rispetto alla frequenza in presenza** (*specificare*):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Oppure***

* in ragione della mia condizione di disabilità, DSA o altra condizione medica documentata, mi trovo in una situazione (anche temporanea) di **grave difficoltà nel seguire la lezione e/o prendere appunti in presenza** (*specificare*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al riguardo:

* allego relativa documentazione attestante:
* disabilità/invalidità civile
* DSA
* Altra condizione medica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Oppure***

* preciso di avere già inoltrato all’UO Inclusione la relativa documentazione medica

Chiedo pertanto di poter fruire delle lezioni come di seguito specificato:

titolo insegnamento *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

e-mail docente *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

* lezioni in diretta streaming
* lezioni registrate

*per il seguente periodo (le domande devono essere rinnovate in corrispondenza di ogni semestre tenendo presente il preavviso necessario, di almeno 20 giorni):*

* I semestre
* II semestre

In caso di richiesta da formulare per più insegnamenti: ricopiare più volte la sezione soprastante.

***PRIVACY.*** *La/il dichiarante ha preso visione del GDPR (Regolamento (UE) 2016/679) e dell’informativa agli interessati ai sensi dell’art. 13 del GDPR, disponibile all’indirizzo:* [*https://www.univr.it/it/privacy*](https://www.univr.it/it/privacy) *.*

|  |  |
| --- | --- |
| Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |