

Si prega di compilare il presente modulo in formato elettronico in stampatello maiuscolo.

1. DATI DEL CANDIDATO

Data della richiesta:

Nome:

Cognome:

Sessione DELE:

Centro d'esame:

Codice d'iscrizione:
(se già noto)

2. MOTIVAZIONI E DISPOSIZIONI SPECIALI RICHIESTE

2.1 Disabilità o difficoltà: Visiva Auditiva Motoria Apprendimento (DSA)
 Spettro autistico ADHD Disturbi psichici

Di natura: Permanente Transitoria

Documentazione fornita dal candidato o dal suo rappresentante al centro d'esame DELE (può essere presentata in via telematica):

Certificato medico Altro tipo di documentazione

2.2 Soggiorno, detenzione o isolamento (ATTENZIONE: Compilare solo qualora si richieda di svolgere l'esame in altre sedi diverse da quella d'esame, ad esempio ospedale, centro penitenziario, ecc.)

Tipo di centro: Religioso Sanitario Penitenziario

Responsabile da contattare:

Si conferma che il centro dispone dei requisiti d'idoneità e sicurezza per il corretto svolgimento delle prove:

Indirizzo:

Città:

CAP:

Paese:

Mail:

Telefono:

2.3 Disposizioni speciali richieste:

- Tempo aggiuntivo: 33% della durata delle prove (nel caso di candidati che svolgono le prove in formato braille: 50%)
- Somministrazione delle prove d'esame in un aula a parte
- Assistenza di personale di sostegno per la compilazione delle risposte
- Utilizzo di audifono o auricolare (solo in caso di disabilità uditiva lieve o moderata)
- Utilizzo di lenti speciali o lenti d'ingrandimento in caso di disabilità visiva o parziale.
- Versioni ampliate dei fascicoli d'esame in formato cartaceo (A3)

- Versione in formato braille dei fascicoli d'esame

- Utilizzo del computer
 - Esonero dalla prova di Comprensione auditiva (solo in caso di disabilità uditiva severa)
- Esonero dalla prova di Espressione e Interazione Orale.
- Altro (specificare):

In conformità con le disposizioni della Legge Organica 15/1999, del 13 dicembre, in materia di Protezione dei dati personali, La informiamo che i Suoi dati personali saranno trattati e saranno incorporati nel file denominato "Gestione accademica" per il quale l'Instituto Cervantes è responsabile, registrato presso l'Agenzia Spagnola di Protezione dei Dati, con lo scopo di gestire i diplomi di spagnolo DELE. In ogni caso, è possibile esercitare i diritti di accesso, rettifica, cancellazione e opposizione ai dati indirizzando la richiesta via e-mail all'indirizzo lopd@cervantes.es, per posta all'Instituto Cervantes (C / Alcalá, 49. Madrid 28014) o di persona presso il Registro dell'Instituto Cervantes di Madrid all'indirizzo indicato.

3. AUTORIZZAZIONE DEL CENTRO D'ESAME DELE

Centro d'esame:

Luogo e Paese:

Responsabile:

Vista la richiesta interposta dal candidato,

- Dichiaro che la copia del certificato medico o la documentazione giustificativa che presenta il candidato è veritiera e rimane custodita presso il centro d'esame, come documentazione confidenziale.
- Dichiaro che il centro d'esame da me rappresentato dispone delle risorse necessarie per soddisfare le richieste del candidato, validate nella colonna di destra.

Nome e incarico della persona che si responsabilizza di questa dichiarazione:

Lì, , / /

Il responsabile del centro d'esame registrerà la richiesta tramite il gestionale SICIC.

Spazio riservato al centro d'esame DELE