

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

1. DATI DEL CANDIDATO

Data della richiesta:	
Nome:	
Cognome:	
Sessione DELE:	
Centro d'esame:	
Codice d'iscrizione:	

2. MOTIVI ESPOSTI E DISPOSIZIONI SPECIALI RICHIESTE

2.1 Disabilità o difficoltà: ☐ Visiva ☐ Auditiva ☐ Motrice ☐ Apprendimento

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 ☐ Altra documentazione

2.2 Soggiorno, detenzione o isolamento

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 supplementare: 33% della durata delle prove (nel caso di candidati che svolgono le prove in formato braille: 50%)
- ☐ Somministrazione delle prove in uno spazio attrezzato
- ☐ Assistenza di personale di sostegno per la compilazione delle risposte e lettura delle prove d'esame, se autorizzato
- ☐ Utilizzo di auricolare in caso di disabilità auditiva parziale
- ☐ Utilizzo di lenti speciali o lenti d'ingrandimento in caso di disabilità visiva parziale
- ☐ Versioni ampliate dei quaderni d'esame e dei fogli di risposta in formato cartaceo (DIN A3)
- ☐ Versioni in formato braille dei quaderni d'esame e dei fogli di risposta

- ☐ Utilizzo di computer o macchina da scrivere del candidato con videoscrittura (inclusa codifica in braille)
- ☐ Utilizzo del computer del centro d'esame
- ☐ Esonero dalla prova di Comprensione auditiva (CA)
- ☐ Esonero dalla prova di Espresione e interazione orale (EIO)

- ☐ Altro:

SI AUTORIZZA

Spazio riservato al centro d'esame DELE

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 DELE registrerà la richiesta tramite il gestionale SICIC. .

Spazio riservato al centro d'esame DELE