

RICHIESTA DEI SERVIZI di STENOPIA O INTERPRETARIATO LIS A.A. _____

inviare compilato a inclusione.studenti@unipd.it

STUDENTE:

Cognome e Nome	
N. di matricola	
Corso di Laurea	
Anno di immatricolazione	
Anno di corso	
Tipo di disabilità	
Invalidità (%)	
Cellulare	

Servizio richiesto:	<i>STENOPIA</i>	<i>INTERPRETARIATO LIS</i>
---------------------	-----------------	----------------------------

1° Corso:

Docente:

Inizio:

Fine:

GIORNO	ORARIO	SEDE e AULA
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

2° Corso:

Docente:

Inizio:

Fine:

GIORNO	ORARIO	SEDE e AULA
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

3° Corso:

Docente:

Inizio:

Fine:

GIORNO	ORARIO	SEDE e AULA
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

4° Corso:

Docente:

Inizio:

Fine:

GIORNO	ORARIO	SEDE e AULA
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Data