

Termine ultimo di presentazione¹ del presente modulo: 2 Maggio 2024, ore 13.30

modulo di autocertificazione

Richiesta di esonero dal test preselettivo (D.I. n. 90 del 7.08.2020): candidati con disabilità pari o superiore all'80%

(articolo 20, comma 2-bis della legge 5 febbraio 1992, n. 104)

IX ciclo – a.a. 2023/24

autocertificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia,
via Università n. 4,
41121 Modena

AVVERTENZA

La compilazione del presente modulo di autocertificazione avviene secondo le disposizioni previste dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e success. modif "TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE E REGOLAMENTARI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA".

In particolare:

- I dati riportati dal candidato assumono il valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione rese ai sensi dell'articolo 47; vigono, al riguardo, le disposizioni di cui all'articolo 76 che prevedono conseguenze di carattere amministrativo e penale per il candidato che rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità.
- Ai sensi dell'articolo 39 la sottoscrizione del modulo di domanda non è soggetta ad autenticazione.
- Il competente ufficio dell'Università disporrà gli adeguati controlli sulle dichiarazioni rese dal candidato secondo quanto previsto dagli articoli 71 e 72.

Io sottoscritto/a _____

nata/o a _____ (____) il ____ / ____ / ____

residente in via _____ Comune _____ (____)

domiciliata/o in (se diverso da residenza) via _____ Comune _____ (____)

¹ Il presente modulo deve essere inserito in Esse3 secondo la procedura informatica prevista all'art. 4 del bando.

telefono _____ cell. _____ e-mail _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ai fini dell'esonero dall'espletamento del test preselettivo di cui all'art. 7 del presente bando

DICHIARO

di presentare domanda al bando di selezione per l'ammissione al Corso Sostegno per il seguente ordine di scuola (barrare *una sola* casella d'interesse):

- SCUOLA PRIMARIA**
- SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO**
- SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO**

e che mi è stata riconosciuta una condizione di disabilità con percentuale pari o superiore all'80% in particolare:

Verbale della Commissione medica di _____ del _____

Percentuale riconosciuta _____

Rivedibile il _____ ovvero NON RIVEDIBILE (cancellare la parte non d'interesse).

*Si allega alla presente copia del **certificato d'invalidità PRIVO DI DIAGNOSI.***

Dichiaro, inoltre, di aver preso visione del bando di selezione e successive modifiche/integrazioni (eventuali) a cui si riferisce il presente allegato.

Data, _____

La/Il dichiarante²

(firma)

² La dichiarazione dovrà essere sottoscritta con **firma autografa** (sottoscrizione di proprio pugno). Alla dichiarazione dovrà essere **allegata copia di documento d'identità in corso di validità.**