

Termine ultimo di presentazione<sup>1</sup> del presente modulo: **01 Settembre 2021, ore 13.30**

## **Modulo di autocertificazione**

### **Richiesta di esonero dal test preselettivo (DM n.90 del 07.08.2020) per i candidati disabili con disabilità pari o superiore all'80 %**

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

#### **VI edizione – a.a. 2020/21**

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, "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 sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
domiciliata/o in (se diverso da residenza) via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Il presente modulo deve essere inserito in Esse3 secondo la procedura informatica prevista all'art. 3 del bando.

codice fiscale

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

**ai fini dell'esonero dall'espletamento del test preselettivo di cui all'art. 5 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 dell'INFANZIA
- 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 dichiarante<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_  
(firma)

<sup>2</sup> 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**.