

Termine ultimo di presentazione¹ del presente modulo: 03 Maggio 2022, ore 13.30

Modulo di autocertificazione

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

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

VII edizione – a.a. 2021/22

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 _____ (____)

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

domiciliata/o in (se diverso da residenza) via _____ Comune _____ (____)
telefono _____ cell. _____ e-mail _____

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 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.