

**QUESTO MODULO VA INVIATO ENTRO IL TERMINE PREVISTO DAL BANDO DI CONCORSO AL
SEGUENTE INDIRIZZO MAIL: ausiliconcorsietest@unipi.it
ALLEGANDO LA DOCUMENTAZIONE MEDICO-SANITARIA**

lo sottoscritt_____

nat __ a _____ prov. _____

il ___/___/___ codice fiscale _____

cittadinanza _____ nazionalità _____

residente a _____ prov. _____

cap _____ via _____ n. _____

domiciliato a _____ prov. _____

cap _____ via _____ n. _____

e-mail _____

telefono _____ cellulare _____

avendo presentato domanda di partecipazione al

concorso per l'ammissione

Al corso di

- dottorato di ricerca in _____
- scuola di specializzazione in _____
- master (I livello II livello) in _____
- corso di formazione insegnanti (indicare la tipologia) _____

DICHIARO

- di essere invalido con la percentuale del _____ % come certificato dalla competente Commissione Sanitaria del Comune di _____ rilasciata in data _____, di cui allego copia.
- di essere portatore di handicap ai sensi della legge 104/92 come certificato dalla Competente Commissione Sanitaria del Comune di _____ rilasciato in data _____, di cui allego copia.
- di essere temporaneamente inabile all'esecuzione in autonomia della prova come certificato dal _____ rilasciato in data _____, di cui allego copia.

CHIEDO AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE

che, in relazione alla mia disabilità, ai fini dello svolgimento della prova del suddetto concorso mi vengano messi a disposizione i seguenti ausili/strumenti:

- spazio/aula dedicata
- affiancamento di tutor individuato dalla Commissione per la lettura delle domande e la registrazione delle risposte
- facilitatore della comunicazione individuato dalla Commissione
- interprete LIS individuato dalla Commissione
- video ingranditore
- altri sussidi tecnici/informatici(indicare)_____
- _____
- mi venga concesso un tempo aggiuntivo di _____ minuti

DICHIARO INOLTRE DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

- in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerò nelle pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia;
- decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;
- la documentazione presentata potrà essere sottoposta all'Unità medico legale dell'Asl 5, che effettuerà una valutazione circa il possibile riconoscimento di tempi aggiuntivi e/o la messa a disposizione di specifici ausili per lo svolgimento della prova concorsuale in relazione alla problematica documentata.
- qualsiasi decisione in merito alla presente richiesta è assunta dal Delegato del Rettore per la Disabilità, che decide di concerto con la Commissione di concorso, sulla base della documentazione e/o della relazione dell'Unità medico legale.
- la decisione in merito all'esito della richiesta sarà comunicata tramite e-mail all'interessato.

Pisa, _____

Firma _____