

Modulo 7 – TFA sostegno VI ciclo

**RICHIESTA DI ESONERO PER INVALIDITA’ AI SENSI DEL COMMA 2 BIS DELL’ART. 20 DELLA LEGGE 104/92**

Al Magnifico Rettore

dell’Università di Ferrara

 Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerà nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi in materia;

* consapevole che decadrà, con effetto retroattivo, dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

**dichiara sotto la propria responsabilità**

* di aver presentato domanda di ammissione per l’a.a. 2020-2021 al Corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità
* di rientrare nei casi previsti dal comma 2 bis dell’Art. 20 della legge 104/92, e di avere diritto ad essere esonerato dal sostenere il test preliminare e ad essere ammesso alle prove successive in sovrannumero, in quanto in possesso di invalidità uguale o superiore all'80%, come indicato nel verbale di accertamento rilasciato dalla competente Commissione Sanitaria di ………………………………… in data …………………………

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Ferrara (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016).



* di essere a conoscenza che quanto sopra verrà comunicato al Presidente della Commissione.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 F.to

**N.B. Il presente modulo, deve essere inviato a formazione.insegnanti@unife.it unitamente alla scansione di un documento di identità tassativamente entro la data di scadenza dell’iscrizione all’esame di selezione.**

Per maggiori informazioni contattare il Coordinamento Politiche di Inclusione <http://www.unife.it/it/x-te/supporto/disabilita>

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Ferrara (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016).