



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

**PROVE DI AMMISSIONE
RICHIESTA DI SUPPORTO PER CANDIDATI DISABILI e CON DSA**

Da presentare o spedire, entro il termine previsto dal Bando di concorso, a:

Centro servizi per studenti disabili e studenti con DSA
Secondo edificio polifunzionale – Via F De Sanctis, snc, 86100 Campobasso
E mail: disabiliabili@unimol.it
Tel. e Fax 0874/404.842

**Al Centro servizi per studenti disabili
e studenti con DSA
Università del Molise**

Io sottoscritt _____
nat ____ a _____ prov. _____
il ____/____/____ codice fiscale _____
cittadinanza _____
domiciliato a _____ prov. _____
cap _____ via _____ n. _____
e-mail _____
telefono _____ cellulare _____

avendo presentato domanda di partecipazione al concorso per l'ammissione al corso di:

- ☐ Laurea triennale
- ☐ Laurea magistrale a ciclo unico
- ☐ Laurea magistrale
- ☐ Dottorato/Scuola di Specializzazione
- ☐ Tirocinio Formativo Attivo (TFA)
- ☐ Percorsi Abilitanti Speciali (PAS)

in _____

DICHIARO

- ☐ di essere invalid _____ con la percentuale del _____%, come certificato in data _____ dalla competente Commissione Sanitaria/INPS di cui allego copia;
- ☐ di essere stato riconosciuto portatore di handicap ai sensi della legge 104/1992, come certificato in data _____ dalla Competente Commissione Medica di cui allego copia.

Oppure:

- ☐ di essere affett _____ da disturbi specifici di apprendimento, come diagnosticato in data _____ dalla seguente struttura del SSN/ specialista o struttura accreditata _____ dallo _____ stesso _____ SSN; _____ di _____ cui allego copia;

CHIEDO

ai sensi della legge n. 104/1992 e della legge n. 170/2010 e successive modifiche che, in relazione alla mia condizione, ai fini dello svolgimento della suddetta prova di ammissione mi vengano messi a disposizione i seguenti ausili/strumenti *[barrare e compilare esclusivamente le voci che interessano]*:

- ☐ affiancamento di un tutor durante lo svolgimento delle prove con il compito di

- ☐ ausili tecnici /informatici (*specificare*)

così come determinato dalle seguenti strutture sanitarie del SSN:
_____ in data _____ con apposita
certificazione, di cui allego copia;

☐ un tempo aggiuntivo di _____ minuti,

☐ di altri strumenti compensativi e dispensativi (*specificare*):

così come determinato dalle seguenti strutture sanitarie del SSN/specialista o struttura
accreditata dallo stesso SSN _____ in data
_____ con apposita certificazione, di cui allego copia.

DICHIARO inoltre di essere a conoscenza che:

- la richiesta non potrà essere presa in considerazione se priva della certificazione di invalidità e – in caso di richiesta di tempi aggiuntivi – di quella della commissione medico legale competente per territorio;
- 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 delle dichiarazioni non veritiere;
- la decisione in merito alla richiesta è adottata dal Presidente della Commissione di concorso, su proposta del Delegato del Rettore alla condizione studentesca e alle disabilità.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personale ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

I dati personali raccolti saranno utilizzati e trattati dall'Università degli Studi del Molise, titolare del trattamento, nel pieno rispetto dei principi dettati dal D. Lgs. 196/03 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Campobasso, _____

Firma _____