

MODULO DI RICHIESTA ESONERO DAL TEST PRESELETTIVO DI ACCESSO AI PERCORSI DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ A.A. 2024/2025, COME PREVISTO DAL BANDO DI AMMISSIONE ALL' ART. N. 4 BIS - ESONERO PROVA PRESELETTIVA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (Rese ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome).....(nome).....

Sesso: M F Codice Fiscale nato/a a

..... il/...../..... di cittadinanza

eventuale 2° cittadinanza.....

residente in Via n. località

..... CAP Città

e-mail, eventuale domicilio in

(Prov.....) presso..... Via

n. località Tel.

Indirizzo dove ricevere la corrispondenza: Residenza Domicilio

CHIEDE

di essere esonerato/a dal sostenere la prova preselettiva di accesso ai percorsi di formazione per il conseguimento della Specializzazione per le attività di Sostegno per l'A.A. 2024/25 per il grado di scuola:

Scuola Primaria;

Scuola secondaria I grado;

Scuola secondaria II grado.

a tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite con le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole che decadrà, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

di essersi già iscritto/a presso l'Università degli Studi Magna Graecia, tramite piattaforma informatica d'Ateneo ESSE3, alle prove per l'ammissione ai percorsi di formazione per il conseguimento della Specializzazione per le attività di Sostegno per l'A.A. 2024/25 per il grado di scuola per cui si chiede esonero dal test preselettivo;

di essere in possesso di invalidità uguale o superiore all'80% (Legge 104/1992 così come modificata dal Decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90);

di aver svolto nei dieci anni scolastici precedenti, almeno tre annualità di servizio, anche non consecutive, sul sostegno del grado di scuola per il quale ha chiesto l'ammissione al percorso di cui al precedente punto (a), valutabili come tali ai sensi dell'art. 11, comma 4, della Legge 3 maggio 1999, n. 124, come indicato nel seguente elenco:

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA		_____	
GRADO DI SCUOLA		<input type="checkbox"/> Scuola Primaria; <input type="checkbox"/> Scuola secondaria I grado; <input type="checkbox"/> Scuola secondaria II grado.	
CODICE MECCANOGRAFICO ISTITUTO		_____	
CONTATTO TELEFONICO DELLA SEDE DELL'ISTITUTO		_____	
DAL	____ / ____ / ____	AL	____ / ____ / ____
PER UN TOTALE DI GIORNI	_____		

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA		_____	
GRADO DI SCUOLA		<input type="checkbox"/> Scuola Primaria; <input type="checkbox"/> Scuola secondaria I grado; <input type="checkbox"/> Scuola secondaria II grado.	
CODICE MECCANOGRAFICO ISTITUTO		_____	
CONTATTO TELEFONICO DELLA SEDE DELL'ISTITUTO		_____	
DAL	____ / ____ / ____	AL	____ / ____ / ____
PER UN TOTALE DI GIORNI	_____		

_____	_____
-------	-------

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA		_____	
GRADO DI SCUOLA		<input type="checkbox"/> Scuola Primaria; <input type="checkbox"/> Scuola secondaria I grado; <input type="checkbox"/> Scuola secondaria II grado.	
CODICE MECCANOGRAFICO ISTITUTO		_____	
CONTATTO TELEFONICO DELLA SEDE DELL'ISTITUTO		_____	
DAL	____ / ____ / ____	AL	____ / ____ / ____
PER UN TOTALE DI GIORNI		_____	

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA		_____	
GRADO DI SCUOLA		<input type="checkbox"/> Scuola Primaria; <input type="checkbox"/> Scuola secondaria I grado; <input type="checkbox"/> Scuola secondaria II grado.	
CODICE MECCANOGRAFICO ISTITUTO		_____	
CONTATTO TELEFONICO DELLA SEDE DELL'ISTITUTO		_____	
DAL	____ / ____ / ____	AL	____ / ____ / ____
PER UN TOTALE DI GIORNI		_____	

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA		_____	
GRADO DI SCUOLA		<input type="checkbox"/> Scuola Primaria; <input type="checkbox"/> Scuola secondaria I grado; <input type="checkbox"/> Scuola secondaria II grado.	
CODICE MECCANOGRAFICO ISTITUTO		_____	
CONTATTO TELEFONICO DELLA SEDE DELL'ISTITUTO		_____	
DAL	____ / ____ / ____	AL	____ / ____ / ____
PER UN TOTALE DI GIORNI	_____		

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.
- **Di essere a conoscenza** che il presente modulo con la copia di un documento di riconoscimento in corso di validità dovrà essere inviato tramite PEC al seguente indirizzo: protocollo@cert.unicz.it , indicando nell'oggetto "Richiesta Esonero test preselettivo Sostegno"; oppure spedito a mezzo Raccomandata A/R, al sotto riportato indirizzo indicando sulla Busta "Richiesta Esonero test preselettivo Sostegno"); Università degli Studi "Magna Græcia" di Catanzaro Campus Universitario "Salvatore Venuta" Viale Europa - 88100 CATANZARO.

Il/La sottoscritt__ esprime, inoltre, il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta possano essere trattati, nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003, n.196, per gli adempimenti connessi alla presente selezione.

Luogo e data _____

Firma