

DOMANDA RISERVATA ALLE/AI CANDIDATE/I CON CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 E S.M.I. O CON CERTIFICAZIONE DI INVALIDITÀ O CON CERTIFICAZIONE DI DIAGNOSI DI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA) DI CUI ALLA LEGGE N.170/2010 CHE NECESSITANO DI DISPORRE DI PARTICOLARI AUSILI E/O DI TEMPO AGGIUNTIVO DURANTE LO SVOLGIMENTO DEL COLLOQUIO DI VALUTAZIONE.

Io sottoscritto/a, consapevole che le dichiarazioni mendaci, in applicazione degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, sono punite con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti,

DICHIARO

che i dati riguardanti la mia persona sono i seguenti:

COGNOME _____ NOME _____

NATA/O A _____ PROV _____ (____) IL _____

ATTUALMENTE RESIDENTE A _____ PROV _____ (____)

INDIRIZZO _____ N. _____ C.A.P. _____

TELEFONO _____ CELL. _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____

CHIEDO

in relazione alla mia condizione, di poter disporre di particolari ausili e/o di tempo aggiuntivo durante lo svolgimento del colloquio di valutazione

A TAL FINE DICHIARO

- ☐ di essere in possesso di certificato di invalidità;
- ☐ di essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della legge n.104/1992;
- ☐ di essere in possesso di certificazione di diagnosi di disturbi specifici di apprendimento (DSA) di cui alla legge n.170/2010
- ☐ che la copia della certificazione allegata è conforme all'originale da me posseduto, che dovrà essere esibito in caso di controlli a campione effettuati dall'Amministrazione;
- ☐ di aver letto l'informativa sulla privacy relativa ai dati particolari riguardanti lo stato di salute reperibile al seguente indirizzo:
<https://unige.it/sites/unige.it/files/documents/INFORMATIVAPRIVACYDATIPARTICOLARI.pdf> ;
- ☐ di prestare il mio esplicito consenso al trattamento dei dati forniti sulla base della suddetta informativa.

Luogo e Data _____

Firma _____