

**RICHIESTA AUSILI**

DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI CON DISABILITA' O CON DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Cognome Nome  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
Comune prov.  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Numero telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Iscritto all'Esame di stato di abilitazione della professione di \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti:

- di essere persona con disabilità e, per l'effetto, in applicazione degli artt. 16 e 20 della Legge n. 104/1992, così come modificata dalla Legge n. 17/1999, di chiedere per lo svolgimento delle seguenti prove \_\_\_\_\_ i seguenti ausili necessari in relazione alla disabilità \_\_\_\_\_
- di essere persona con diagnosi di disturbi specifici di apprendimento (DSA) e di chiedere i seguenti tempi aggiuntivi necessari per lo svolgimento della prova d'esame in relazione al disturbo specifico di apprendimento ai sensi della legge n. 170/2010 \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.**

*(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)*

Data e luogo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**N.B.** Le certificazioni attestanti la disabilità rilasciate dalle autorità competenti dovranno essere trasmesse in copia autentica secondo le modalità indicate nel bando.

---