ALLEGATO 5

Dic.Disabilita'/ausilio

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 _____

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.