

**QUESTO MODULO VA INVIATO ENTRO IL TERMINE PREVISTO DAL BANDO DI CONCORSO AL  
SEGUENTE INDIRIZZO MAIL: [ausiliconcorsietest@unipi.it](mailto:ausiliconcorsietest@unipi.it)  
ALLEGANDO LA DOCUMENTAZIONE MEDICO-SANITARIA**

lo sottoscritt \_\_\_\_\_  
 nat\_\_a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 cittadinanza \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

avendo presentato domanda di partecipazione al\*

- concorso per l'ammissione  
 test di valutazione

Per il corso di

- laurea  
 laurea magistrale a ciclo unico  
 laurea magistrale  
 dottorato di ricerca  
 scuola di specializzazione  
 master ( I livello  II livello)  
 TFA  
 altro corso (indicare la tipologia) \_\_\_\_\_

In\*\* \_\_\_\_\_

### DICHIARO

- di essere invalido con la percentuale del \_\_\_\_\_% come certificato dalla competente Commissione Sanitaria del Comune di \_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_, di cui allego copia.
- di essere portatore di handicap ai sensi della legge 104/92 come certificato dalla Competente Commissione Sanitaria del Comune di \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_, di cui allego copia.
- di essere temporaneamente inabile all'esecuzione in autonomia della prova come certificato dal \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_, di cui allego copia.

\* Indicare se si tratta di concorso o test di valutazione

\*\* Indicare il nome del corso per il quale si partecipa al concorso/test

**CHIEDO AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE**

che, in relazione alla mia disabilità, ai fini dello svolgimento della prova del suddetto concorso/test di valutazione mi vengano messi a disposizione i seguenti ausili/strumenti:

- spazio/aula dedicata
- affiancamento di tutor individuato dalla Commissione per la lettura delle domande e la registrazione delle risposte
- facilitatore della comunicazione individuato dalla Commissione
- interprete LIS individuato dalla Commissione
- video ingranditore
- altri sussidi tecnici/informatici(indicare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- mi venga concesso un tempo aggiuntivo di \_\_\_\_\_ minuti

**DICHIARO INOLTRE DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE**

- 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 della dichiarazione non veritiera;
- la documentazione presentata potrà essere sottoposta all'Unità medico legale dell'Asl 5, che effettuerà una valutazione circa il possibile riconoscimento di tempi aggiuntivi e/o la messa a disposizione di specifici ausili per lo svolgimento della prova concorsuale in relazione alla problematica documentata;
- qualsiasi decisione in merito alla presente richiesta è assunta dal Delegato del Rettore per la Disabilità, che decide di concerto con la Commissione di concorso, sulla base della documentazione e/o della relazione dell'Unità medico legale;
- la decisione in merito all'esito della richiesta sarà comunicata tramite e-mail all'interessato.

Pisa, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_