

Allegato 2

**QUESTO MODULO DEVE ESSERE INVIATO ENTRO IL TERMINE PREVISTO DAL BANDO
PER L'ISCRIZIONE ALL'ESAME ALL'INDIRIZZO EMAIL: adattamentiprove@ateneo.univr.it
ALLEGANDO LA DOCUMENTAZIONE MEDICO-SANITARIA**

Io sottoscritt _____
nat_ a _____
prov. _____, il ____/____/_____,
codice fiscale _____
residente a _____, prov. _____,
cap _____, via _____ n. _____,
email _____,
telefono _____,
cellulare _____,

avendo presentato domanda di partecipazione al Bando Bando di Concorso per l'ammissione ai
Corsi di Dottorato di Ricerca in _____

ai sensi della normativa vigente, e ai fini dello svolgimento dell'esame, previsto per il giorno
____/____/____ (gg/mm/aa),

DICHIARO

- di essere (*barrare la/e opzione/i corretta/e*):
 - ☐ persona con invalidità o persona con disabilità ai sensi della L. 104/92, come da documentazione allegata;
 - ☐ persona con Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA), come da documentazione allegata;
- che la documentazione allegata è prodotta in copia conforme all'originale in mio possesso;
- che quanto attestato nella documentazione allegata non è stato revocato, sospeso o modificato;
- 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 e decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

CHIEDO

che, in relazione alla mia condizione come sopra identificata, ai fini dello svolgimento delle prove d'esame mi vengano messi a disposizione (*barrare le opzioni scelte*):

- ☐ tempo aggiuntivo del _____ % (può essere indicata una percentuale massima del 50% in caso di persona con invalidità/disabilità, e una percentuale massima del 30% in caso di persona con DSA)
- ☐ affiancamento di tutor scelto dall'Ateneo per la lettura delle domande;
- ☐ affiancamento di tutor scelto dall'Ateneo per l'assistenza nella scrittura;

Allegato 2

- ☐ video ingranditore
- ☐ calcolatrice non scientifica
- ☐ altro (*indicare*): _____

DICHIARO

- di aver preso visione del bando e dell'informativa agli interessati (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016) nello stesso riportata o richiamata;
- di essere consapevole che il trattamento dei dati personali forniti attraverso la compilazione del presente Modulo è svolto nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 e delle applicabili disposizioni nazionali in materia di protezione dei dati personali, esclusivamente per le finalità e secondo le modalità operative indicate nel bando di concorso/selezione e nell'informativa sopra citati;

ALLEGRO

- copia di un documento di identità in corso di validità;
- copia della documentazione attestante la condizione di disabilità/invalidità/DSA sopra dichiarata (completa di tutte le pagine).

Si raccomanda l'invio del modulo e degli allegati in formato .pdf

Luogo e data

Firma Autografa

(**ATTENZIONE:** non incollare la firma in formato immagine ma stampare il foglio, firmare a mano e scansionare l'intero modulo)