

**ALLEGATO n. 1**

Al Dirigente dell'Area \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla selezione per soli *titoli* relativa alla **procedura selettiva per l'attribuzione di contributi a n. 10 laureati con disabilità/DSA per lo svolgimento di un tirocinio extracurricolare della durata di mesi 6.**

A tal fine ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

2. di essere residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_

3. di essere cittadino/a \_\_\_\_\_

4. di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti (in caso contrario indicare quali) \_\_\_\_\_ ;

5. di non avere rapporti di parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento o alla struttura che effettua la chiamata ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo in qualunque fase della procedura;

6. di essere in possesso del seguente titolo di Studio \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ voti \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

per i titoli di studio stranieri: equipollente al seguente titolo di studio italiano:


7. di essere in possesso di una valida certificazione che attesti una disabilità o un Disturbo Specifico dell'Apprendimento (indicare la tipologia di disabilità/DSA);

8. di non avere in corso altre esperienze di tirocinio di orientamento e formazione o professionalizzante incompatibili con l'esperienza proposta o di impegnarsi alla rinuncia/sospensione delle stesse in caso di ammissione;

9. di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini UE ed extra UE);

10. di aver allegato alla propria istanza il curriculum vitae contenente autocertificazione, resa ai sensi del D.P.R. 445/2000, che i dati contenuti corrispondano al vero;

11. di eleggere il proprio domicilio per le comunicazioni in merito a questa selezione in

VIA			N.		
COMUNE		PROV		CAP	
TELEFONO					
CELLULARE					
INDIRIZZO E-MAIL e PEC					

Il/La sottoscritto/a allega alla presente istanza fotocopia del documento di identità in corso di validità debitamente firmata, attestazione ISEE e Certificazione disabilità o DSA e dichiara che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del regolamento U.E. 2016/679 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allega alla presente istanza il proprio curriculum vitae datato e sottoscritto e dichiara che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_