

ALLEGATO 2

Dich. disabilità/ausilio

RICHIESTA AUSILI

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

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (_____) il _____
Cognome _____ Nome _____
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 _____

