

Al Magnifico Rettore dell'Università degli studi Link Campus University

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____

Provincia (____) il _____ Codice Fiscale _____

Residente in _____ n. _____

Comune _____ Provincia (____) Cap _____

Telefono _____ Cellulare _____

email _____

Domiciliato a (se diverso dalla residenza) _____

Comune _____ Provincia (____) Cap _____

via _____ n _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

CHIEDE

L'ammissione per l'Anno Accademico 2023/2024 al Corso di specializzazione per il sostegno agli alunni con disabilità per il grado di scuola: _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Di essere inserito nella graduatoria di merito, **quale idoneo non ammesso** presso l'Università (indicare nome dell'Ateneo) _____

nell'a.a. 2023/2024 per il seguente grado di scuola _____

con il punteggio finale pari a _____, così ripartito:

Punteggio prova scritta: _____

Punteggio prova orale: _____

Punteggio titoli accademici: _____

Punteggio titoli di servizio: _____

Dichiara inoltre, di non avere controversie in atto con l'Ateneo presso cui è risultato idoneo nella procedura di ammissione al Corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità (D.M. 30 settembre 2011) a.a. 2023-24.

Firma del candidato _____

TITOLI ACCADEMICI

DICHIARA

Di essere in possesso dei seguenti titoli:

a. DOTTORATO DI RICERCA O SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN

conseguito presso l'Università _____

in data _____ con la votazione _____

b. LAUREA DI VECCHIO ORDINAMENTO O LAUREA MAGISTRALE O LAUREA SPECIALISTICA OLTRE AL TITOLO DICHIARATO COME REQUISITO DI ACCESSO IN

conseguito presso l'Università _____

in data _____ con la votazione _____

c. MASTER UNIVERSITARIO O AFAM OPPURE DIPLOMA DI PERFEZIONAMENTO UNIVERSITARIO O AFAP DI ALMENO 60 CFU IN

conseguito presso l'Università _____

in data _____ con la votazione _____

d. CORSO UNIVERSITARIO O AFAM DI PERFEZIONAMENTO E/O DI ALTA FORMAZIONE E/O DI FORMAZIONE DI ALMENO 30 CFU IN

conseguito presso l'Università _____

in data _____ con la votazione _____

TITOLI DI SERVIZIO

DICHIARA

Di aver svolto attività di servizio di insegnamento su sostegno e nello stesso grado nelle scuole:

Istituzione scolastica _____

Grado di scuola _____

Sita in _____ Provincia (_____)

dal _____ al _____ per un totale di giorni _____

email dell'istituto _____

(AGGIUNGERE righe in caso di pluralità di periodi di servizio)

DICHIARA INOLTRE

Di essere già in possesso del titolo di specializzazione sul sostegno, conseguito nell'a.a. _____
presso _____
per il grado di scuola _____

Di **NON** essere in possesso di un titolo di specializzazione sul sostegno, conseguito nei precedenti cicli

Data _____

Firma _____

Tipo di documento d'identità _____

Numero _____ Data rilascio _____

Si allega fotocopia del documento d'identità in corso di validità