



AL MAGNIFICO RETTORE

**Università degli Studi Aldo
Moro
BARI**

__L__ sottoscritt__, chiede di essere ammess__ alla selezione, per soli titoli, per la formazione di graduatorie per l'assegnazione di assegni di tutorato per il servizio di accompagnamento e affiancamento alle attività didattiche svolto da studenti senior in favore di studenti con disabilità e/o DSA iscritti presso un corso di studi attivato codesto Ateneo, indetta con D.R. n. 3621 in data 15/11/16.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

• **dati anagrafici:**

Cognome ¹													
Nome													
Luogo di nascita													
Data di nascita													
CODICE FISCALE													
Residenza	Via												
	CAP	Città								Provincia			
Telefono /													
E-mail													

¹ Le donne coniugate dovranno indicare il cognome da nubili.

UFFICIO PER LA DISABILITÀ





- **domicilio** e recapiti ai fini della partecipazione alla selezione²:

Indirizzo	Via		
	CAP	Città	Provincia
	Telefono		e-mail

DICHIARA³

- **di essere** regolarmente iscritt__, per l'A.A. 2016/2017,

ovvero

- **di essere** regolarmente iscritt__ per l'A.A. 2015/2016 e di dover perfezionare l'iscrizione per l'A.A. 2016/2017,

al seguente corso di studio⁴:

Corso di studi⁵	<input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Laurea magistrale <input type="checkbox"/> Laurea magistrale a ciclo unico
In	
Sede⁶	<input type="checkbox"/> Bari <input type="checkbox"/> Taranto <input type="checkbox"/> Brindisi
Anno immatricolazione	

² Da compilare solo se il domicilio non coincide con la residenza.

³ Barrare una delle due condizioni relative all'iscrizione.

⁴ I dati relativi al corso di studio devono essere riferiti all'AA 2016/17

⁵ Barrare il corso di studio .

⁶ Barrare la sede a cui afferisce il corso di studio .

UFFICIO PER LA DISABILITÀ





Anno di corso	
Matricola	

- **di aver** alla data di presentazione della domanda sostenuto gli esami riportati in tabella conseguendo complessivamente num. _____ Crediti Formativi Universitari (CFU) rispetto al totale di _____ CFU previsti dal piano di studi:

Tabella esami			
	Denominazione esame	n.ro CFU	Votazione
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

UFFICIO PER LA DISABILITÀ





12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
Numero totale dei CFU			

UFFICIO PER LA DISABILITÀ





Media votazione riportata nei succitati esami	
---	--

- **di voler partecipare** per la seguente struttura tra quelle indicate all'art. 1 del bando:

Dipartimento/Scuola	
---------------------	--

Inoltre il sottoscritto dichiara :

- di non ricadere in alcuna delle incompatibilità previste dall'art.7 del bando di selezione;
- di aver preso visione del bando e di accettare tutte le condizioni previste.

Il sottoscritto, oltre alla copia fotostatica di un proprio documento di identità o di riconoscimento e alla copia del codice fiscale, allega alla presente la seguente documentazione:

UFFICIO PER LA DISABILITÀ



__L__ sottoscritt__ dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità ed è consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

__L__ sottoscritt__ esprime, inoltre, il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta possano essere trattati, nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196, per gli adempimenti connessi al presente concorso.

Luogo e data, _____

Firma

UFFICIO PER LA DISABILITÀ



Piazza Umberto I n. 1, 70121 Bari (Italy)
tel (+39) 080 5714058 • fax (+39) 080 5714977
diversabili@ateneo.uniba.it - www.uniba.it