



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

