

**QUESTO MODULO VA INVIATO ENTRO IL TERMINE PREVISTO DAL BANDO DI CONCORSO AL SEGUENTE  
 INDIRIZZO MAIL: [ausiliconcorsietest@unipi.it](mailto:ausiliconcorsietest@unipi.it)  
 ALLEGANDO LA DOCUMENTAZIONE MEDICO-SANITARIA**

lo sottoscritt \_\_\_\_\_  
 nat\_\_a\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_  
 il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 cittadinanza\_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_  
 cap\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_  
 domiciliato a \_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_  
 cap\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_  
 telefono\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

avendo presentato domanda di partecipazione al\*

- concorso per l'ammissione  
 test di valutazione

Per il corso di

- laurea  
 laurea magistrale a ciclo unico  
 laurea magistrale  
 dottorato di ricerca  
 scuola di specializzazione  
 master ( I livello  II livello)  
 TFA  
 altro CORSO (indicare la tipologia) \_\_\_\_\_

In\*\* \_\_\_\_\_

### DICHIARO

di essere un candidato con diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA), determinato in apposita certificazione rilasciata da non più di 3 anni dall'Azienda sanitaria locale del comune di \_\_\_\_\_, di cui allego copia.

di essere un candidato con diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA), determinato in apposita certificazione rilasciata da non più di 3 anni dall'Istituto Sanitario accreditato \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, di cui allego copia.

\* Indicare se si tratta di concorso o test di valutazione

\*\* Indicare il nome del corso per il quale si partecipa al concorso/test

### CHIEDO AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE

e ai fini dello svolgimento della prova del suddetto concorso/test di valutazione che:

- mi venga concesso un tempo aggiuntivo pari al 30% in più rispetto a quello stabilito per la prova
- mi vengano messe a disposizione le seguenti misure compensative:
  - spazio/aula dedicata
  - affiancamento di tutor individuato dalla Commissione per la lettura delle domande e la registrazione delle risposte
  - calcolatrice non scientifica fornita dalla Commissione (esclusivamente per i candidati con diagnosi di discalculia)

### DICHIARO INOLTRE DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

- in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerò nelle pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia;
- decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;
- la documentazione presentata potrà essere sottoposta all'Unità medico legale dell'Asl 5, che effettuerà una valutazione circa il possibile riconoscimento di tempi aggiuntivi e/o la messa a disposizione di specifici ausili per lo svolgimento della prova concorsuale in relazione alla problematica documentata;
- qualsiasi decisione in merito alla presente richiesta è assunta dal Delegato del Rettore per la Disabilità, che decide di concerto con la Commissione di concorso, sulla base della documentazione e/o della relazione dell'Unità medico legale;
- la decisione in merito all'esito della richiesta sarà comunicata tramite e-mail all'interessato.

Pisa, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_