

Oggetto: richiesta ausili prova debiti formativi Lauree Triennali Dipartimento di Agraria

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il ___/___/___, e residente in Via
_____ n ___ - CAP _____ - città _____ tel. _____ cell.
_____. e-mail: _____

DICHIARA

Di essere persona con disabilità come da certificazione medica allegata.

CHIEDE

ai sensi, della legge 104/92, come integrata dalla legge 17/99, ai fini dello svolgimento della prova
di ammissione al _____ di poter usufruire dei seguenti ausili,

- _____,
- _____,

DICHIARO

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 in materia;
- decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;
- le richieste non saranno prese in considerazione qualora non vengano allegati il certificato ASL relativo al proprio stato di invalidità, handicap o DSA

Allego copia di un documento di riconoscimento valido.

_____ li, ___/___/___

Firma