

**DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE IN SOPRANNUMERO AL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE SOSTEGNO TFA
ANNO ACCADEMICO 2016/2017
CON DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000
COMPILARE IN STAMPATELLO**

AL MAGNIFICO RETTORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME NOME

SESSO: M F CODICE FISCALE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

e-mail (scrivere in modo leggibile) _____

CITTADINANZA: ITALIANA ALTRA.....

DATA DI NASCITA/...../.....

COMUNE DI NASCITA..... (.....)

RESIDENZA

VIA N.....

COMUNE PROVINCIA

C.A.P.TELEFONO/..... CELL.....

- in posizione di soprannumerario:

- Sostegno TFA III Ciclo - Università degli Studi di _____ A:A: _____ / _____

CHIEDE

di essere immatricolato/a al Corso di Formazione per il conseguimento della Specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità per la Scuola _____ presso l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro per l'anno accademico 2016/2017.

A tal fine:

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali derivanti da false attestazioni e da dichiarazioni mendaci:

- di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 3, comma 6, del D.M. 249 del 10/09/2010 e s.m.i., che sancisce, ai sensi dell'art. 142 del Regio Decreto 31 agosto 1933, n. 1592, l'incompatibilità della frequenza dei corsi di Sostegno TFA con l'iscrizione a :
- corsi di dottorato di ricerca;
- qualsiasi altro corso che dà diritto all'acquisizione di crediti formativi universitari o accademici, in Italia e all'estero, da qualsiasi ente organizzato;
- di essere consapevole che la presente domanda di immatricolazione deve pervenire all'Università degli Studi di Bari Aldo Moro – Direzione Offerta Formativa e Servizi agli Studenti – Sezione Post-Laurea – U.O. Scuole di Specializzazione, Palazzo Ateneo, I Piano, P.zza Umberto I, n. 1- Bari, **entro e non oltre le ore 12,00 del giorno 1 Settembre 2017.**

FARA' FEDE SOLO IL TIMBRO DI ACCETTAZIONE.

Bari,

_____ firma del dichiarante

CONDIZIONI DI DISAGIO

- Studente portatore di handicap con invalidità \geq 66% (esonero totale) _____

- Studente portatore di handicap con invalidità dal 45% al 65% (esonero parziale 50%) _____

DIFFUSIONE DATI PERSONALI

Autorizzazione alla eventuale diffusione dei dati personali nel rispetto delle disposizioni vigenti **SI** **NO**

Bari,

firma del dichiarante

DOCUMENTI ALLEGATI

- a) Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
- b) copia dell'attestazione di versamento prima rata di iscrizione.
- c) N. 01 fotografia formato tessera e marca da bollo di € 16,00 per l' autenticazione da effettuarsi presso l'U.O. Scuole di Specializzazione (muniti di un valido documento di riconoscimento);
- d) Per gli studenti portatori di handicap : allegare certificazione rilasciata ai sensi della normativa vigente attestante la condizione di portatore di handicap con la relativa percentuale.

BARI (ITALY) –
0805714294 –

SEZIONE POST LAUREA - U.O. SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE
PALAZZO ATENEO - PIAZZA UMBERTO I, N° 1 - 70121

TEL. (+39) 0805714373 – (+39) 0805714170 – (+39)

(+39) 0805714873 - FAX (+39) 0805714802



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO

DIREZIONE OFFERTA FORMATIVA
E SERVIZI AGLI STUDENTI

MARCA DA
BOLLO
€ 16,00

Si attesta
che la fotografia con firma apposta a lato appartiene

al/alla dott./dott.ssa _____

nato/a _____

il ___/___/_____

FOTO

residente a _____

via _____ n. _____

identificato mediante _____ n. _____

rilasciato in data ___/___/_____ da _____

Firma dello studente

Bari, _____

Il Funzionario incaricato

RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA

Si attesta che il/la dott./ssa _____

ha presentato in data odierna regolare domanda di immatricolazione, per l'anno accademico 2016/2017, al Corso di Formazione per il conseguimento della Specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità per la Scuola

_____.

Bari, _____

Il Funzionario incaricato