

AL MAGNIFICO RETTORE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO
universitabari@pec.it

L sottoscritt_ _____, presa visione del D.R. n. ____ in data __/06/2025 relativo alla selezione per l'ammissione ai percorsi di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità presso l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro, A.A. 2024/2025, **chiede il rilascio del NULLA OSTA alla frequenza del corso di specializzazione presso l'Università** di _____ per le seguenti ragioni:

e, pertanto, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. dati anagrafici

Cognome															
Nome															
Luogo di nascita								Data di nascita							
CODICE FISCALE															

2. recapiti:

Telefono		e-mail (non PEC)	
----------	--	---------------------	--

3. Ordine scolastico per il quale si chiede il NULLA OSTA:

Scuola _____

Ciclo TFA Sostegno ____ **ciclo - A.A.** _____ **posizione in graduatoria** ____ **punteggio finale** ____;

4. _L_ sottoscritt_ dichiara di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

A	aver sospeso il corso ovvero, pur in posizione utile, non aver effettuato l'iscrizione in un precedente ciclo (TFA-Sostegno)
B	essere risultato/a vincitore, in un precedente ciclo (TFA-Sostegno), per diversi ordini scolastici
C	essere risultato/a inserito/a in una graduatoria di merito in un precedente ciclo (TFA-Sostegno), ma non in posizione utile per l'iscrizione al corso

Barrare il riquadro relativo alla propria condizione di soprannumerario

____ L____ sottoscritt____ allega copia fotostatica di un proprio documento di identità o di riconoscimento.

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante