



AL MAGNIFICO RETTORE
dell'Università degli Studi di Brescia

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____	Nome _____
residente a _____	C.A.P. _____ Prov. _____
in Via _____	n. _____ Tel. _____
Cellulare _____	Codice Fiscale _____

Avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt.3 e 47 del D.P.R. n.445/2000 e consapevole (vedi art.76), che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ed incorre, altresì, nella decadenza dai benefici di cui all'art. 75

DICHIARA CHE

(si prega di barrare la casella corrispondente alla propria situazione personale)

la copia allegata del verbale di accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità o di situazione di handicap ai sensi della legge n.104/1992

la copia allegata della certificazione dello stato di Disturbi Specifici dell'Apprendimento rilasciata dal Sistema Sanitario Nazionale ai sensi della legge n. 170/2010 (si ricorda che lo Schema di accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano su "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)" - Repertorio Atti n.: 140/CSR del 25/07/2012 stabilisce che è necessario produrre idonea certificazione diagnostica aggiornata comprensiva di visita neurologica e test neuropsicologici rilasciata da non più di 3 anni oppure in epoca successiva al compimento del diciottesimo anno di vita da strutture del SSN o da strutture e specialisti accreditati dallo stesso)

è conforme all'originale.

Dichiara inoltre che quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato (DL 9 febbraio 2012, n. 5, art. 4, comma 2).

I dati personali sono raccolti e trattati nel rispetto di quanto stabilito dal T.U. sulla privacy approvato con decreto legislativo n. 196 del 30.06.2003 s.m.i. e ai sensi del Regolamento UE numero 679/2

Brescia, ___/___/___

(Firma per esteso del dichiarante)