



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

SCRIVERE IN STAMPATELLO

MOD. A38-2

A.A. 2023-2024

**DICHIARAZIONE DI INVALIDITÀ PARI O SUPERIORE AL 66%
E/O “RICONOSCIMENTO DI HANDICAP” AI SENSI DELLA LEGGE 104/92
RICHIESTA IN FUNZIONE DELL’ ESAME DI SELEZIONE NELLE PROFESSIONI
SANITARIE**

Al Magnifico Rettore
dell’Università di Parma

Io sottoscritt _____
nat__ a _____ prov _____ il _____
codice fiscale _____ cittadinanza _____
residente a _____ prov _____ CAP _____
via _____ n. _____
cell _____ e-mail _____

- 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;
- consapevole che decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

dichiaro sotto la mia responsabilità

- di aver presentato domanda di ammissione ai
- *Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie (scelta in ordine di preferenza)*
- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____



➤ di essere:

invalid__ civile con percentuale del %

“portatore di handicap” ai sensi della Legge 104/92 (Art. 3, comma 1)

come indicato nel verbale di accertamento rilasciato dalla competente Commissione Sanitaria di in data

➤ di avere le seguenti esigenze per poter partecipare all'esame di selezione (Legge n° 104 del 1992 e successive modificazioni)
(è possibile indicare una o più esigenze)

affiancamento di tutor

tempi aggiuntivi per l'effettuazione della prova scritta e/o grafica

strumenti compensativi

(indicare quali)

.....

➤ ➤ di essere a conoscenza che quanto sopra va preventivamente concordato con il Presidente della Commissione e che successivamente verrà valutata l'idoneità al Corso frequentato.

(luogo e data)

(firma leggibile)

N.B. Il presente modulo va inviato dalla mail universitaria a protocollo.cai@unipr.it (se inviato dalla mail personale occorre allegare copia di un documento di riconoscimento) tassativamente entro la data di scadenza dell'iscrizione all'esame di selezione.