

MODULO FINALIZZATO ALL'ACCESSO DIRETTO ALLA PROVA SCRITTA SENZA SOSTENERE IL TEST PRESELETTIVO ai sensi dell'art. 7 del Bando

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____ nato/a il _____

a _____ prov. (___) telefono _____ C. F. _____

in qualità di candidato al concorso di ammissione per l'accesso al VIII ciclo dei percorsi di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità per il seguente ordine di Scuola (barrare un solo ordine di scuola):

N.B. il presente modulo deve essere compilato distinto per ogni ordine e grado di scuola per il quale il candidato partecipa (pertanto nel caso di più domande presentare più di un modulo)

INFANZIA **PRIMARIA** **I GRADO** **II GRADO**

dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, (barrare il caso di interesse)

Caso A di essere un candidato con disabilità affetto da invalidità pari o superiore all'80% (Legge n. 104/1992 art. 20, comma 2-bis) **come risulta dalla documentazione allegata su ESSE3-WEB;**

Caso B di essere un **candidato che nei dieci anni scolastici precedenti** abbiano svolto almeno **tre annualità di servizio***, anche non consecutive, (dall'a.s. 2013/2014 all'a.s. 2022/2023) valutabili come tali ai sensi dell'articolo 11, comma 14, della Legge n. 124/1999, **sullo specifico posto di sostegno del grado cui si riferisce la procedura selettiva cui partecipano** (art. 2, comma 8, del D.L. n. 22/2020 convertito nella Legge n. 41/2020). **(NON inserire eventuali periodi di insegnamento svolti in altri ordini e gradi di scuola.**

Caso C di essere un **candidato in possesso di 3 anni di servizio* negli ultimi 5** (dall'a.s. 2018/2019 all'a.s. 2022/2023) **su posto di sostegno** nelle scuole del sistema nazionale di istruzione, ivi compresi le scuole paritarie e i percorsi di istruzione e formazione professionale delle regioni;

Caso D di essere un candidato che ha superato la prova preselettiva del VII ciclo ma che a causa di sottoposizione a misure sanitarie di prevenzione da Covid-19 (isolamento e/o quarantena, secondo quanto disposto dalla normativa di riferimento), non abbiano potuto sostenere le ulteriori prove. (Allegare il certificato medico al modulo e generare UN UNICO PDF)

<input type="checkbox"/> CASO B oppure <input type="checkbox"/> CASO C Istituzione scolastica (indicare denominazione e indirizzo)	Grado di scuola (riportare per esteso)	Data di INIZIO contratto (giorno/mese/anno)	Data di FINE contratto (giorno/mese/anno)	N. giorni di servizio

**È considerato un anno scolastico intero un periodo di servizio svolto per almeno 180 giorni nell'anno scolastico di riferimento oppure un servizio prestato ininterrottamente dall'1 febbraio fino al termine delle operazioni di scrutinio finale.*

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, formazione e/o uso di atti falsi di cui all'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere disposta dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

La richiesta di esonero è valida presso un solo Ateneo

Data _____

Firma _____