

N° progressivo

*Riservato alla segreteria*

AL MAGNIFICO RETTORE dell’

UNIVERSITÀ degli STUDI di UDINE

**DOMANDA DI AMMISSIONE
Percorsi di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità
A.A. 2016/2017**

**SOPRANNUMERARI - UNIUD**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat \_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov .\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**residente** in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**domiciliato** (*se diverso da residenza*) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_

c/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere ammesso/a al Percorso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità - A.A. 2016/2017 per la scuola:**

* **dell'Infanzia**
* **Primaria**
* **Secondaria di I grado**
* **Secondaria di II grado**)

**CHIEDE**

Ai sensi dell’art.4 del D.M. n°948 del 1 dicembre 2016, di essere ammesso/a in soprannumero in qualità di:

* candidato/a risultato/a vincitore/rice nelle selezioni dei precedenti corsi di specializzazione, presso l’università degli Studi di Udine;
* candidato/a che, per qualsiasi motivo, ha sospeso la frequenza dei percorsi di specializzazione per le attività di sostegno attivato ai sensi del D.M. 249/2010 presso l’Università degli Studi di Udine

a.a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara di essere consapevole che il perfezionamento dell’iscrizione avverrà successivamente con la consegna della relativa modulistica e con il pagamento del contributo di iscrizione.

Allega fotocopia di valido documento di identità, solo nel caso di delega o di spedizione a mezzo posta della presente dichiarazione.

|  |  |
| --- | --- |
| Udine, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | *firma leggibile* |