



Corso di perfezionamento post laurea in

QUANDO LA SCUOLA DIVENTA DIFFICILE: DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO, DISTURBO DELL'ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ, DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO. STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE E PER L'INTERVENTO

anno accademico 2017/18

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Form with fields for: Cognome, Nome, data di nascita, luogo di nascita, Provincia o Stato di nascita, Cittadinanza, residente in via/piazza, comune, Prov., C.A.P., domicilio (per eventuali comunicazioni) via/piazza, comune, Prov., C.A.P., telefono, cellulare, e-mail, codice fiscale.

CHIEDE L'ISCRIZIONE

[ ] in qualità di candidato ordinario

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

[ ] di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA/LAUREA SPECIALISTICA/LAUREA MAGISTRALE in \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_



conseguito in data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| con votazione |\_|\_|\_|\_|\_| su |\_|\_|\_|\_|\_| lode  SI  NO;

(eventuale) ULTERIORI TITOLI/QUALIFICHE/CONOSCENZE:

**dichiara inoltre di non essere iscritto ad alcun corso di cui al D.M. 249/2010 e successive modificazioni**

- **di essere a conoscenza** delle norme e dei termini previsti dal bando;
- **di essere a conoscenza** che nel caso sia accertata la non veridicità di quanto dichiarato, fermo restando le responsabilità penali in caso di dichiarazioni false, comporterà l'automatica esclusione dalla graduatoria e la conseguente impossibilità di iscriversi.

**Ai fini dell'esonero del pagamento della quota di iscrizione**

**DICHIARA, INOLTRE**

- di essere **studente con disabilità**, come risulta dall'allegata certificazione rilasciata dagli Organi competenti, con:

- riconoscimento di handicap** ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della legge 5/2/1992, n. 104;
- invalidità riconosciuta pari o superiore al 66%** con la seguente **tipologia di invalidità**:
  - Cecità e menomazioni visive;*
  - Sordità e menomazioni uditive;*
  - Dislessia e difficoltà di linguaggio;*
  - Difficoltà mentali;*
  - Disabilità motorie permanenti e provvisorie*

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Allegati obbligatori:**

- l'attestazione comprovante l'avvenuto pagamento della quota di iscrizione di **€500,00** su **bollettino postale** da intestare a Università degli Studi di Firenze, Piazza S. Marco, 4 - 50121 Firenze, n. di **c/c 30992507, causale obbligatoria**: **tassa di iscrizione al Corso di perfezionamento "Quando la scuola diventa difficile: Disturbi specifici di apprendimento, disturbo dell'attenzione/iperattività, disturbo dello spettro dell'autismo. Strumenti per la valutazione e per l'intervento"**, a.a. 2017/2018 (indicare sempre il nome del partecipante);

oppure tramite **bonifico bancario** sul **c/c 41126939** presso Unicredit S.p.A., Agenzia Firenze, Via de' Vecchietti 11 - codice BIC SWIFT: UNCRITM1F86 - codice Iban per l'Italia IT 88 A 02008 02837 000041126939 a favore dell'Università degli Studi di Firenze, **causale obbligatoria**: **tassa di iscrizione al Corso di perfezionamento in "Quando la scuola diventa difficile: Disturbi specifici di apprendimento, disturbo dell'attenzione/iperattività, disturbo dello spettro dell'autismo. Strumenti per la valutazione e per l'intervento"**, a.a. 2017/2018

**N.B.:** per i bonifici effettuati on-line, è necessario presentare la ricevuta comprovante l'avvenuto pagamento da parte della banca;**il solo ordine di bonifico non ha alcuna validità.**

- fotocopia** di un **documento di identità** in corso di validità.

La domanda di iscrizione e gli allegati dovranno essere **consegnati** o **spediti a:**

**Università degli Studi di Firenze Segreteria Post-Laurea, via Gino Capponi 9, 50121 Firenze**

(data)

(firma)



## COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 11 del *Regolamento di attuazione del codice di protezione dei dati personali in possesso dell'Università degli studi di Firenze* e fermo restando il diritto di oppormi per motivi di legittimità ai sensi dell'art. 7 del D. L.gs 30/6/2003, n. 196, autorizzo la comunicazione e diffusione dei miei dati personali in possesso dell'Università a Enti pubblici o privati che ne facciano richiesta al fine di agevolare l'orientamento, la formazione e l'inserimento professionale e nel mondo del lavoro, anche all'estero, dei giovani studenti e laureati:

 SI NO

(data)

---

(firma)

---

