

DOMANDA DI ESAME FINALE

AL RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ PER STRANIERI DI SIENA

__l__ Sottoscritt__

nat__ a__ (prov.____) il __/__/____

residente a__ (prov.____) C.A.P. ____

Via /Piazza__ N°__

Iscritto/a al seguente percorso universitario abilitante di formazione iniziale dei/delle docenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado ai sensi del D.P.C.M. 4 agosto 2023:

- ☐ Percorso da 60 cfu
- ☐ Percorso da 36 cfu
- ☐ Percorso da 30 cfu

Classe di concorso

- ☐ A11 Discipline letterarie e latino
- ☐ A12 Discipline letterarie negli istituti di istruzione secondaria di I e II grado
- ☐ A23 Lingua italiana per discenti di lingua straniera (alloglotti)
- ☐ A54 Storia dell'arte
- ☐ AB22 Lingue e culture straniere negli istituti di istruzione secondaria di I e II grado (Inglese)
- ☐ BB02 Conversazione in lingua straniera (Inglese)
- ☐ AI22 Lingue e culture straniere negli istituti di istruzione secondaria di I e II grado (Cinese)
- ☐ BI02 Conversazione in lingua straniera (Cinese)

CHIEDE

Di essere ammesso/a a sostenere l'esame finale nella sessione di novembre/dicembre 2026

A tal fine DICHIARA

- Di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 7, commi 4 e 5, del DPCM 4 agosto 2023 (con espresso richiamo all'art. 5, commi 1 e 2 del Dlgs 59/2017) e di aver conseguito il titolo e/o i requisiti di accesso per la suddetta classe di concorso;

- aver partecipato almeno al 70% delle lezioni di ogni attività formativa (art. 7 comma 7 DPCM 4 agosto 2023);
- di essere consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti e correlati alla funzione rivestita saranno trattati esclusivamente per gli adempimenti in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, nel pieno rispetto della normativa vigente.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di essere persona con disabilità ai sensi dell'art. 3 della legge 5.2.1992, n. 104 e pertanto dichiara di avere necessità del seguente ausilio nel corso dello svolgimento delle prove e dei seguenti tempi aggiuntivi:

Invia certificazione medica a disabilita@unistrasi.it

Data ____/____/____

Firma _____

*La dichiarazione deve essere sottoscritta con firma autografa (sottoscritta di proprio pugno) o con firma digitale