

DOMANDA DI ESAME FINALE

AL RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ PER STRANIERI DI SIENA

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov._____) il _____

residente a _____ (prov._____) C.A.P._____

Via /Piazza _____ N° _____

Iscritto/a per l'a.a. 2024/2025 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 60 cfu con riconoscimento di 24 cfu
- Percorso da 36 cfu
- Percorso da 30 cfu

Classe di concorso

- A12 Discipline letterarie negli istituti di istruzione secondaria di II grado
- A22 Italiano, storia, geografia, nella scuola secondaria di I grado
- A54 Storia dell'arte
- AB24 Lingue e culture straniere negli istituti di istruzione secondaria di II grado (Inglese)

C H I E D E

Di essere ammesso/a a sostenere l'esame finale nella sessione del 26 gennaio 2026

A tal fine D I C H I A R A

- Di essere stato/a 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) già in sede di partecipazione alla procedura di ammissione al percorso;
- di aver conseguito il titolo e/o i requisiti di accesso per la suddetta classe di concorso dopo l'iscrizione al percorso (allegare autocertificazione del titolo posseduto e degli esami richiesti dalla normativa di riferimento - decreti 19/2016, 259/2017, 221/2023 e 255/2023);

- 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