

## Allegato "A" al DR

Al Magnifico Rettore  
dell'Università degli Studi di Perugia  
P.zza Università, 1  
06123 PERUGIA

Il sottoscritto chiede di essere ammesso a partecipare al concorso per l'ammissione alla **Scuola di Specializzazione in Chirurgia Orale - A.A. 2025/2026**, presso l'Università degli Studi di Perugia, indetto con D.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, ed a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

COGNOME	
NOME	
CODICE FISCALE	
DATA DI NASCITA	SESSO    M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
LUOGO DI NASCITA	PROV.
RESIDENTE A	PROV.
INDIRIZZO	CAP
DOMICILIO presso cui indirizzare le comunicazioni relative alla selezione (ove diverso dalla residenza):	
LOCALITA'	PROV.
VIA	CAP
TELEFONO/CELLULARE	
INDIRIZZO E MAIL	
INDIRIZZO PEC	
NUMERO FAX	

**QUALORA IN SEDE DI STAMPA LE CASELLE PRESENTI NEL MODELLO DI DOMANDA NON RISULTASSERO VISUALIZZATE, SI RACCOMANDA DI RISPONDERE, COMUNQUE, A TUTTE LE DICHIARAZIONI RICHIESTE APPONENDO UNA X IN CORRISPONDENZA DELLA RISPOSTA RELATIVA ALLA SITUAZIONE IN CUI IL CANDIDATO SI TROVA.**

di essere in possesso della **LAUREA SPECIALISTICA/MAGISTRALE** di cui al D.M. 3.11.1999, n. 509 e successive modificazioni, appartenente alla Classe di laurea secondo livello (LS)/(LM) \_\_\_\_\_ “classe delle lauree specialistiche/magistrali in \_\_\_\_\_”  
rilasciata dalla Facoltà/Dipartimento di \_\_\_\_\_ dell’Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con votazione di \_\_\_\_\_

**OPPURE**

di essere in possesso del **DIPLOMA DI LAUREA** rilasciato secondo le disposizioni vigenti anteriormente all’attuazione del D.M. 3.11.1999, n. 509 in \_\_\_\_\_  
rilasciato dalla Facoltà/Dipartimento di \_\_\_\_\_ dell’Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con votazione di \_\_\_\_\_

**OPPURE**

di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito all’estero:  
titolo di studio: \_\_\_\_\_  
conseguito presso la Facoltà/Dipartimento di \_\_\_\_\_ dell’Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
Stato \_\_\_\_\_ con votazione di \_\_\_\_\_  
e di chiedere agli organi competenti il riconoscimento dell’equipollenza del titolo di studio posseduto rispetto a quello richiesto quale requisito di ammissione, ai sensi dell’art. 3 del Bando, avendo prodotto la documentazione richiesta dall’art. 3 citato.  
(nota <sup>1</sup>)

<sup>1</sup> Barrare la casella  corrispondente al titolo di studio posseduto, e riempire tutti gli spazi con le informazioni richieste.

che non sono stati riconosciuti disturbi/disabilità

**ovvero**

di essere persona con disabilità e, per l'effetto, in applicazione degli artt. 16 e 20 della Legge n. 104/1992, così come modificata dalla Legge n. 17/1999, di richiedere:

- i seguenti ausili necessari per lo svolgimento della prova orale in relazione alla  
disabilità: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- i seguenti tempi aggiuntivi necessari per lo svolgimento della prova orale in  
relazione al disturbo specifico di apprendimento ai sensi della Legge  
n.170/2010 \_\_\_\_\_

-

\_\_\_\_\_

(nota <sup>2</sup>)

di acconsentire, nel caso in cui all'Amministrazione pervenga motivata richiesta di accesso agli atti relativa alla procedura ed il sottoscritto rivesta la qualifica di controinteressato, all'invio per via telematica all'indirizzo di posta elettronica indicato nella presente domanda, ai sensi dell'art. 3 del D.P.R. 184/2006, di copia della comunicazione con la quale si notifica la richiesta di accesso e la possibilità di presentare motivata opposizione a detta richiesta, anche per via telematica, entro dieci giorni dal ricevimento della comunicazione stessa(nota <sup>3</sup>)

di accettare tutte le previsioni contenute nel Bando di concorso

(nota <sup>4</sup>)

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Il sottoscritto si impegna a notificare tempestivamente le eventuali variazioni del recapito sopra indicato che dovessero intervenire successivamente alla data di presentazione della presente domanda.

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

<sup>2</sup>Compilare tali campi solo ed esclusivamente se si è persona con disabilità/disturbo specifico dell'apprendimento con certificazione medica attestante il possesso della disabilità/disturbo che rendono necessari gli ausili/tempi aggiuntivi richiesti; si richiama quanto dispone l'art.6 del bando in ordine all'obbligo di produzione e alle forme in cui deve essere prodotto il certificato medico attestante la disabilità/disturbo.

<sup>3</sup> Barrare la casella

<sup>4</sup> Barrare la casella

emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere disposta dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D,Lgs. 196/2003, come da ultimo modificato dal D.Lgs. 101/2018, dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

**Si allega alla presente domanda:** (nota<sup>5</sup>)

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Luogo e Data

\_\_\_\_\_  
**Firma** (nota <sup>6</sup>)

\_\_\_\_\_  
<sup>5</sup> Indicare tutti gli allegati alla domanda.

<sup>6</sup> La firma autografa, da apporre per esteso ed in forma leggibile, è obbligatoria pena la nullità della domanda.