

ALLEGATO 1

ALLEGATO AL D.R. 216 DEL 12.02.2020

Dic. sost. Tit. Estero

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA TITOLO DI STUDIO ESTERO

DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI CHE HANNO UN TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO ALL'ESTERO

Il/La sottoscritto/a _____

Cognome

Nome

nato/a a _____ () il _____

Comune

prov.

Codice fiscale _____

Numero telefonico _____ email _____

Iscritto all'esame di stato di abilitazione all'esercizio della professione di _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti

di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito all'estero (munito di traduzione ufficiale in italiano, legalizzazione e dichiarazione di valore), riconosciuto idoneo:

titolo di studio estero _____

conseguito in data _____

presso l'Università estera di _____

città _____

stato _____

riconoscimento titolo effettuato in Italia dall'Università di _____

sede di _____ a seguito di _____

in data _____ **oppure** a seguito di accordi culturali bilaterali stipulati con _____

_____ in data _____

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo ,

Firma _____

ALLEGATO 2

ALLEGATO AL D.R. 216 DEL 12.02.2020

Dic.sost.tirocinio CTF

**ESAME DI STATO FARMACISTA
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 artt. 46 e 47)****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI COMPIUTO TIROCINIO PER I LAUREATI
IN CTF****DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI LAUREATI IN CTF**

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ () il _____
Comune _____ prov. _____
Codice fiscale _____
Numero telefonico _____ e-mail _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti

di aver svolto il tirocinio pratico e di aver riconsegnato il libretto diario.**Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.**

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo ,

Firma _____

ALLEGATO 3

ALLEGATO AL D.R. 216 DEL 12.02.2020

Dic.sost.tiroc.Veterinaria

ESAME DI STATO VETERINARIO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI COMPIUTO TIROCINIO VETERINARIO

DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI CHE AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ESAME DI STATO NON AVEVANO COMPIUTO IL TIROCINIO PRATICO

Da consegnare personalmente o tramite terzi con fotocopia di un valido documento d'identità all'Ufficio Esami di stato o inviato tramite PEC al seguente indirizzo protocollo@cert.unipg.it o via mail allegando anche un documento d'identità valido al seguente indirizzo mail ufficio.esamidistato@unipg.it

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ () il _____
Comune prov.
Codice fiscale _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti

di aver svolto il tirocinio pratico e di aver riconsegnato il libretto diario.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo ,

Firma _____

ALLEGATO 4

Dic.sost. titolo accademico

ALLEGATO AL D.R. 216 DEL 12.02.2020

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA TITOLO ACCADEMICO

DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI LAUREATI FUORI SEDE CHE AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ESAME DI STATO NON AVEVANO CONSEGUITO IL TITOLO ACCADEMICO

Da consegnare personalmente o tramite terzi con fotocopia di un valido documento d'identità all'Ufficio Esami di stato o inviato tramite PEC al seguente indirizzo protocollo@cert.unipg.it o via mail allegando anche un documento d'identità valido al seguente indirizzo mail ufficio.esamidistato@unipg.it

Il/La sottoscritto/a _____

Cognome

Nome

nato/a a _____ () il _____

Comune

prov.

Codice fiscale _____

Numero telefonico _____ email _____

Iscritto all'esame di stato di abilitazione all'esercizio della professione di _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

DICHIARA

di aver conseguito il seguente titolo:

- Laurea I livello (D.M. 509/99) classe _____ in _____**
- Laurea (D.M. 270/04) classe _____ in _____**
- Laurea Specialistica II livello** (conseguita in base all'ordinamento introdotto in attuazione dell'art. 17 comma 95 della L. 15/05/1997 n° 127 e successive modificazioni) **classe _____** (D.M. 509/99) in _____;
- Laurea Magistrale (D.M. 270/04) classe _____ in _____**
- Diploma di Laurea** conseguito ai sensi dell'ordinamento previgente in _____
- Diploma di Laurea** conseguito ai sensi dell'ordinamento previgente in _____
- Titolo di studio equiparato ex D.M. 9 luglio 2009 _____**
- Diploma Universitario** di cui alla tabella A allegata al D.P.R. 328 del 5 giugno 2001 in _____
- Titolo di studio equiparato ex D.M. 11 novembre 2001 _____**

conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con la votazione di _____;

- Titolo di studio conseguito all'estero (munito di traduzione ufficiale in italiano, legalizzazione e dichiarazione di valore), riconosciuto idoneo:**
 - **titolo di studio estero _____**
 - **conseguito in data _____**
 - **presso l'Università estera di _____**
 - **Città _____**
 - **Stato _____**
- riconoscimento titolo** effettuato in Italia dall'Università di _____
sede di _____ a seguito di _____
in data _____ **oppure** a seguito di accordi culturali bilaterali stipulati con _____ in data _____

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo,

Firma _____

ALLEGATO 5

ALLEGATO AL D.R. 216 DEL 12.02.2020

Dic. disabilità/ausilio

RICHIESTA AUSILI

DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI CON DISABILITA' O CON DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ () il _____
Comune _____ prov. _____
Codice fiscale _____
Numero telefonico _____ email _____
Iscritto all'Esame di stato di _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti:

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 chiedere per lo svolgimento delle seguenti prove

_____ i seguenti ausili necessari in relazione alla disabilità

di essere persona con diagnosi di disturbi specifici di apprendimento (DSA) e di chiedere i seguenti tempi aggiuntivi necessari per lo svolgimento della prova d'esame in relazione al disturbo specifico di apprendimento ai sensi della legge n. 170/2010 _____

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo ,

Firma _____

N.B. Le certificazioni attestanti la disabilità rilasciate dalle autorità competenti dovranno essere trasmesse in originale o copia autentica secondo le modalità indicate nel bando.

ALLEGATO 6

ALLEGATO AL D.R. 216 DEL 12.02.2020

Dichiarazione sostanze allergogene

DICHIARAZIONE SOSTANZE ALLERGOGENE

DA COMPILARSI E ALLEGARE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE A CURA DEI CANDIDATI AFFETTI DA SOSTANZE ALLERGOGENE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Cognome _____ (_____ Nome _____) il _____
Comune _____ prov. _____
Codice fiscale _____
Numero telefonico _____ email _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti:

di essere affetto/a da allergia alle seguenti sostanze _____

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo ,

Firma (1) _____

Allegati: documentazione in originale o copia autentica che attesti il tipo di sostanze allergogene.

ALLEGATO 7

ALLEGATO AL D.R. 216 DEL 12.02.2020

NOTIFICA AI CONTROINTERESSATI ALL'ACCESSO AGLI ATTI – COMUNICAZIONE PER VIA TELEMATICA

DA COMPILARSI A CURA DI TUTTI I CANDIDATI AGLI ESAMI DI STATO

DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ESAME DI STATO

Il/La sottoscritto/a _____

Cognome

Nome

nato/a a _____ () il _____

Comune

prov.

Codice fiscale _____

Iscritto all'Esame di stato _____

DICHIARA

di acconsentire, nel caso in cui all'Amministrazione pervenga motivata richiesta di accesso agli atti relativa alla procedura e il sottoscritto rivesta la qualifica di controinteressato, l'invio per via telematica all'indirizzo di posta elettronica indicato nella domanda di ammissione all'esame di stato, 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.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo _____

Firma _____