**AL MAGNIFICO RETTORE**

**UNIVERSITÀ DI FOGGIA**

[protocollo@cert.unifg.it](mailto:protocollo@cert.unifg.it) – [tfasostegnoxciclo@unifg.it](mailto:tfasostegnoxciclo@unifg.it)

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presa visione del D.R. prot. n. 45961 – III/4 del 01/08/2025 (art. 3) relativo alla selezione per l’ammissione ai percorsi di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità presso l’Università degli Studi di Foggia, a.a. 2024/2025, **chiede il rilascio del NULLA OSTA all’iscrizione del corso di specializzazione presso l’Università** di **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** per le seguenti ragioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e, pertanto, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. **dati anagrafici**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Luogo di nascita |  | | | | | | | | | | Data di nascita | | | |  | | | |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |

1. **recapiti:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Telefono |  | **e-mail**  **(non PEC)** |  |

1. **Ordine e grado scolastico per il quale si chiede il NULLA OSTA:**

***Scuola* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciclo TFA Sostegno \_\_\_\_ A.A. \_\_\_\_\_\_\_ posizione in graduatoria \_\_\_\_\_\_ punteggio finale \_\_\_\_\_;**

1. **\_L\_ sottoscritt\_ dichiara di trovarsi in una delle seguenti condizioni:**

|  |  |
| --- | --- |
| A | aver sospeso il corso ovvero, pur in posizione utile, non aver effettuato l’iscrizione in un precedente ciclo (TFA-Sostegno) |
| B | essere risultato/a vincitore, in un precedente ciclo (TFA-Sostegno), per diversi ordini scolastici |
| C | essere risultato/a inserito/a in una graduatoria di merito in un precedente ciclo (TFA-Sostegno), ma non in posizione utile per l’iscrizione al corso |

*Barrare il riquadro relativo alla propria condizione di soprannumerario*

Il/La sottoscritt\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità di essere in possesso di specifica documentazione mendico-sanitaria a giustificazione della richiesta.

Il/La sottoscritt\_\_\_ allega copia fotostatica di un proprio documento di identità o di riconoscimento.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma del dichiarante*

**Questa Amministrazione trasmetterà il nulla osta al solo richiedente. È cura del richiedente verificare che l’ateneo di destinazione consenta l’immatricolazione in soprannumero di persone che abbiano ottenuto l’idoneità presso altre Università. Sarà cura del richiedente documentare il possesso di altri requisiti (per esempio una precedente specializzazione sul sostegno).**