## AF01.a – Modello richiesta prove equipollenti e/o assistenza e/o tempi aggiuntivi

Spett.le

**Regione Autonoma della Sardegna**  
Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale,   
Cooperazione e Sicurezza Sociale -   
Direzione generale del Lavoro, Formazione Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale

Servizio Governance della Formazione Professionale e dei Servizi per il Lavoro

[lavoro@pec.regione.sardegna.it](mailto:lavoro@pec.regione.sardegna.it)

[lav.esamifinali@regione.sardegna.it](mailto:lav.esamifinali@regione.sardegna.it)

**Oggetto: richiesta prove equipollenti e/o assistenza e/o tempi aggiuntivi per i candidati in situazione di disabilità o con DSA (disturbi specifici di apprendimento) di cui Legge 8 ottobre 2010, n. 170**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *\_l\_ sottoscritt\_* | | | | | |
| Dati identificativi del rappresentante dell’istituto scolastico firmatario della richiesta | Cognome | | Nome | | |
|  | |  | | |
| Codice fiscale | | Natura della carica | | |
|  | |  | | |
| Telefono o cellulare | Indirizzo di posta elettronica | | Sesso  (barrare la relativa casella) | |
|  |  | | **M ❑** | **F ❑** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *in nome e per conto dell’Istituto scolastico* | | | | |
| Dati identificativi dell’istituto scolastico o dell’agenzia formativa | Denominazione | | Codice Fiscale | |
|  | |  | |
| Comune | | C.a.p. | Provincia (sigla) |
|  | |  |  |
| Frazione | via | | numero civico |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *con riferimento al percorso formativo di seguito descritto e alle relative prove di valutazione richieste con il modello AF01. – Modello di richiesta costituzione commissione di valutazione* | | | |
| Datiidentificativi del percorso formativo di riferimento per le attività di valutazione | *Denominazione percorso formativo* | *Tipologia di finanziamento* | |
|  | Pubblico ❑ | Privato ❑ |
| *Codice edizione* | *CUP* |
|  |  |
| *Sede di Svolgimento* | *Avviso pubblico di riferimento –* |
|  |  |
| *Codice accreditamento sede* | *Altro\_\_\_(specificare)* |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nell’ipotesi di dichiarazioni non veritiere ai sensi del D.P.R. 445/2000* | |
| dichiarazione | **dichiara** |
| che i partecipanti di seguito specificati hanno dimostrato il possesso dei requisiti soggettivi per l’accesso alle verifiche finali per la certificazione delle competenze |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| richiesta | **chiede** |
| che gli stessi possano sostenere, nel rispetto di quanto stabilito dall’articolo 20 della Legge 104/1992 (Prove d’esame dei concorsi pubblici e per l’abilitazione alle professioni), dall’articolo 16 della Legge 68/1999 (Concorsi presso le pubbliche amministrazioni) e dei principi generali stabiliti dall’articolo 4 e dall’articolo 51 della Costituzione, anche per i candidati in situazione di disabilità o con DSA (disturbi specifici di apprendimento) di cui Legge 8 ottobre 2010, n. 170, prove equipollenti e/o usufruire di specifica assistenza o tempi aggiuntivi per l’esecuzione delle prove secondo il dettaglio di seguito descritto |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *con riferimento al seguente/i partecipante/i* | | | | | | |
| Elenco candidati | *n.* | *Codice fiscale* | *Cognome* | *Nome* | *Sesso (barrare la relativa casella)* | |
| *1* |  |  |  | *M ❑* | *F ❑* |
| *…* |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Descrizione*** |  |  |
| Prove equipollenti | *Attività da svolgere* | *Descrizione della tipologia di prova equipollente* |
| *Prova tecnico professionale* |  |
| *Colloquio* |  |
| Assistenza richiesta | *Attività da svolgere* | *Descrizione dell’assistenza prevista* |
| *Prova tecnico professionale* |  |
| *Colloquio* |  |
| Tempi aggiuntivi | *Attività da svolgere* | *Descrizione dei tempi aggiuntivi* |
| *Prova tecnico professionale* |  |
| *Colloquio* |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sottoscrizione del rappresentante** dell’istituto scolastico |  |  |  |  | |
| Luogo | Data | Firma | Firma digitale | |
|  |  |  | **Sì❑** | **No❑** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sottoscrizione dei singoli candidati** |  |  |  |  |  | |
| Num[[1]](#footnote-1) | Luogo | Data | Firma | Firma digitale | |
|  | 1 |  |  |  | **Sì❑** | **No❑** |
|  | … |  |  |  |  |  |

1. Riportare secondo la stessa sequenza del riquadro precedente denominato “Elenco candidati” [↑](#footnote-ref-1)