

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE TITOLI DI ACCESSO**

*Bando per l’ammissione ai percorsi di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità, X Ciclo, Idonei cicli precedenti,*

*anno accademico 2024/2025*

**AL MAGNIFICO RETTORE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA VIA GRAMSCI 89/91 – FOGGIA**

Il/la sottoscritto/a

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | C.F. | |
| NATO/A A | PROV. IL | | |
| RESIDENTE A | | PROV. | |
| VIA | | N° | C.A.P. |
| DOMICILIATO/A A | | PROV. | |
| VIA | | N° | C.A.P. |
| CITTADINANZA | TEL. | CELL. | |
| E-MAIL | PEC | | |

avendo presentato domanda di partecipazione alla selezione per l’ammissione ai percorsi di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità, a.a. 2024/2025, per la **scuola secondaria di II grado**, consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in caso di dichiarazioni mendaci (ex artt. 75 e 76 del DPR 445/2000),

DICHIARA

di essere in possesso dei **requisiti di ammissione** richiesti dal Bando di concorso nello specifico:

**SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO**

* Abilitazione conseguita per la Classe di Concorso a cattedra presso

sede di in data con votazione di ;

* Diploma ITP Insegnante Tecnico Pratico in conseguito presso l’Istituto sede di in data

, requisito d’accesso alla classe di concorso a cattedra  **.**

* + Laurea (barrare la tipologia)

Vecchio ordinmento in Specialistica classe LS/\_ in



o



o

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE TITOLI DI ACCESSO**

Magistrale classe LM/ in



o

* conseguita presso l’Università in data con votazione di ;

Diploma AFAM in conseguita presso



o

in data

con votazione di ;

requisiti d’accesso alla classe di concorso a cattedra **(indicare obbligatoriamente la classe di concorso a cattedra di cui si possiedono i requisiti accesso e gli eventuali esami sostenuti, richiesti per l’accesso alla predetta classe di concorso, indicati nel DPR 19/2016 e nel DM 259/2017 ss.mm.ii, anche se sostenuti nel proprio piano di studi universitari).**

|  |  |
| --- | --- |
| *Esame Sostenuto presso l’Università di* | *CFU S.S.D.*  *Data*  *Voto* |
| *Esame Sostenuto presso l’Università di* | *CFU S.S.D.*  *Data*  *Voto* |
| *Esame Sostenuto presso l’Università di* | *CFU S.S.D.*  *Data*  *Voto* |
| *Esame Sostenuto presso l’Università di* | *CFU S.S.D.*  *Data*  *Voto* |



**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE TITOLI DI ACCESSO**

|  |  |
| --- | --- |
| *Esame Sostenuto presso l’Università di* | *CFU S.S.D.*  *Data*  *Voto* |
| *Esame Sostenuto presso l’Università di* | *CFU S.S.D.*  *Data*  *Voto* |
| *Esame Sostenuto presso l’Università di* | *CFU S.S.D.*  *Data*  *Voto* |
| *Esame Sostenuto presso l’Università di* | *CFU S.S.D.*  *Data*  *Voto* |
| *Esame Sostenuto presso l’Università di* | *CFU S.S.D.*  *Data*  *Voto* |
| *Esame Sostenuto presso l’Università di* | *CFU S.S.D.*  *Data*  *Voto* |



**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE TITOLI ACCESSO**

Il/La sottoscritt rilascia le suddette dichiarazioni ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e dichiara di essere a conoscenza di quanto prescritto dall’art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

Luogo e data,

Firma del dichiarante

Il sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente domanda vengano trattati nel rispetto del Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali.

Luogo e data,

Firma del dichiarante

Si allega valido documento di riconoscimento.

**Si precisa che per ogni concorso deve essere compilata la relativa autocertificazione**.