



## Allegato 1

### Autocertificazione Titoli posseduti

(ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 così come modificato e integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n.3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011)

ANNO ACCADEMICO 2018-2019

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

#### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILTA'

di aver conseguito, entro la data di scadenza di presentazione della domanda di ammissione al test preliminare di accesso Corsi di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità (D.M. 30 settembre 2011) a.a. 2018-2019, i seguenti titoli:

#### GRADO DI SCUOLA

- INFANZIA  
 PRIMARIA

Titolo di abilitazione all'insegnamento \_\_\_\_\_

Conseguito il \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Ufficio responsabile verifica dati \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

- SECONDARIA DI PRIMO GRADO  
 SECONDARIA DI SECONDO GRADO

Titolo di abilitazione all'insegnamento \_\_\_\_\_

Conseguito il \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Ufficio responsabile verifica dati \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Titolo di accesso \_\_\_\_\_

Conseguito il \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Ufficio responsabile verifica dati \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

24 CFU \_\_\_\_\_

Conseguito il \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Ufficio responsabile verifica dati \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Il servizio di insegnamento prestato (su posto comune o di sostegno) nelle istituzioni statali e paritarie del sistema scolastico nazionale

NOME ISTITUTO	DATA INIZIO CONTRATTO	DATA FINE CONTRATTO	ANZIANITA' DI SERVIZIO (3 annualità negli ultimi 8 anni scolastici, comune e sostegno)	Ufficio responsabile verifica dati (e-mail – telefono)

TITOLI PROFESSIONALI:

Il servizio di insegnamento per il **sostegno** prestato nelle istituzioni statali e paritarie del sistema scolastico nazionale, maturato entro la data in cui è bandita la selezione, al fine della compilazione della graduatoria finale.

NOME ISTITUTO	DATA INIZIO CONTRATTO	DATA FINE CONTRATTO	GIORNI DI SERVIZIO	Ufficio responsabile verifica dati (e-mail – telefono)

TITOLI DI STUDIO:

Dottorato di ricerca nel settore \_\_\_\_\_

Titolo della tesi \_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_

Ciclo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Dottorato di ricerca nel settore \_\_\_\_\_

Titolo della tesi \_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_

Ciclo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Altri titoli di studio:

Altro titolo \_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_

Altro titolo \_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_

Altro titolo \_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_

Altro titolo \_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_

Altro titolo \_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_

Roma il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

Si allega fotocopia del documento d'identità in corso di validità.