

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DEL TITOLO DI STUDIO e di altri titoli culturali
(ART. 46 e 46, D.P.R. N. 445/00)**

Il/lasottoscritto/ _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ (____)

Via/Piazza _____ n° _____

C.F. _____ tel _____

e-mail _____

consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 e l'applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt.46 e 47 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA:

di avere conseguito il seguente titolo di studio:

TITOLO DI STUDIO	Descrizione
Laurea triennale in _____	Anno accademico: _____ Presso: _____ Votazione: _____
Laurea magistrale o laurea specialistica o laurea di vecchio ordinamento in _____ Laurea triennale+ laurea specialistica in _____	Anno accademico: _____ Presso: _____ Votazione: _____

Diplomi o attestati specifici rilasciati dalla Regione Basilicata per le funzioni di assistente specialistico (assistenza per l'autonomia e per la comunicazione) ai sensi della DGR n. 1265 dell'8/11/2016. _____	Anno accademico: _____ Presso: _____ Votazione: _____
Titolo di studio di Educatore Professionale socio-pedagogico ai sensi dell'art.1, comma 597 della legge 27/12/2017 con età superiore a cinquanta anni e almeno dieci anni di servizio, ovvero abbiano almeno venti anni di servizio	Anno accademico: _____ Presso: _____ Votazione: _____

Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti **titoli culturali** (vedi tabella riportata nel Bando)
(Per ogni titolo indicare il nome, l'anno di conseguimento, l'Ente di rilascio, n. ore ed eventuali CFU e se si è in possesso di attestazione finale o Esame finale con votazione)

ALTRI TITOLI
Seconda laurea attinente di durata pari o superiore a quella di accesso in: Titolo: _____ Anno di conseguimento: _____ Ente di rilascio: _____
Dottorato di ricerca in discipline psico- pedagogiche Titolo: _____ Anno di conseguimento: _____ Ente di rilascio: _____
Specializzazioni a carattere psico-pedagogico di durata quadriennale (Psicoterapeuta) Titolo: _____ Anno di conseguimento: _____ Ente di rilascio: _____
Specializzazioni a carattere psico-pedagogico di durata biennale (pedagogia clinica) Titolo: _____ Anno di conseguimento: _____ Ente di rilascio: _____
Diploma di specializzazione post- laurea, master universitario o altro titolo post universitario a carattere socio-psico-pedagogico rilasciato da Istituti Universitari (durata biennale – 3000 h 120 CFU) Titolo: _____

Anno di conseguimento: _____	
Ente di rilascio: _____	
Corso di perfezionamento attinente, master universitario o altro titolo postuniversitario a carattere socio-psico-pedagogico(durata annuale 1500 h 60 CFU), TFA sostegno rilasciato da Università o consorzi equipollenti	
Titolo: _____	
Anno di conseguimento: _____	
Ente di rilascio: _____	
Qualifica di Operatore dei servizi sociali	
Titolo: _____	
Anno di conseguimento: _____	
Ente di rilascio: _____	
Corsi di formazione relativi alle disabilità di durata almeno di n. 25 ore e riconosciuti dal MIUR con attestazione e/o esame finale	
Titolo: _____	
Anno di conseguimento: _____	
Ente di rilascio: _____	

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato che i propri dati personali saranno utilizzati ai fini della partecipazione al presente avviso pubblico nonché per l'adozione degli atti conseguenti ed anche ai fini delle funzioni spettanti all'Istituzione scolastica.

I dati potranno essere utilizzati ai sensi della legge n. 241/90 e successive modificazioni in materia di accesso da parte di terzi per tutelare un loro interesse giuridico e a tali fini il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso.

Luogo e data

Firma del candidato
