

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI TITOLI PER L'AMMISSIONE
AI PERCORSI ABILITANTI DI FORMAZIONE INIZIALE DEGLI INSEGNANTI 60 CFU a.a. 2024/2025
PER LAUREATI E ITP**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI ATTO DI NOTORIETÀ**

(Rese ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

La/Il sottoscritta/o, consapevole che le dichiarazioni mendaci, in applicazione degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, sono punite con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti, dichiara che i dati riguardanti la propria persona sono i seguenti:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Prov. (____) Data di nascita ____/____/____

C.F. _____ Tel. _____ Cell. _____

Indirizzo e-mail _____

(Compilare in stampatello)

DICHIARA INOLTRE

☐ **1) di essere in possesso dei requisiti previsti al comma 1 dell'articolo 5 decreto legislativo 13 aprile 2017 n. 59 con riferimento alla specifica classe di concorso per la quale si vuole acquisire l'abilitazione.**

Indicare di seguito A) la classe di insegnamento prescelta B) i titoli di studio di grado universitario conseguiti e C) gli insegnamenti presenti nelle proprie carriere (nella laurea magistrale/specialistica, triennale, vecchio ordinamento, corsi singoli, ecc.) che consentono l'accesso alla specifica classe d'insegnamento così come normato dal D.P.R. 19/2016 e dal D.M. 259/2017, tabella A:

A) Classe d'insegnamento _____

B) Titoli di studio di grado Universitario conseguiti (**indicare tutti i titoli utili alla classe di concorso**)

○ Laurea triennale _____ Classe di laurea: _____
conseguita presso _____ a.a. _____

○ Laurea magistrale / specialistica _____ Classe di laurea: _____
conseguita presso _____ a.a. _____

○ Laurea vecchio ordinamento / Diploma di II livello dell'alta formazione artistica, musicale e coreutica

conseguita/o presso _____ a.a. _____

Classe d'insegnamento _____

Diploma conseguito presso (denominazione istituto) _____

Sede _____ a.s. _____

Titolo del Diploma _____

Titoli aggiuntivi richiesti nelle note del DPR 19/2016 e DM 259/2017, allegato B:

☐ **3)** per i Dottorandi: inviare all'indirizzo e-mail tfa.lauream@unipd.it un'autorizzazione alla contemporanea frequenza da parte del Collegio dei Docenti del Corso di Dottorato entro 10 giorni dall'immatricolazione.

Luogo e Data _____

Firma _____

La/Il sottoscritta/o dichiara di aver preso visione dell'informativa disponibile all'url: <https://www.unipd.it/privacy> in relazione al trattamento dei dati personali degli utenti che intendono immatricolarsi ai corsi di studio e degli studenti, laureandi, laureati, borsisti, specializzandi e dottorandi dell'Università degli Studi di Padova, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e Data _____

Firma _____