

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI TRE ANNI DI SERVIZIO AI FINI DELL'ESENZIONE DAL TEST PRELIMINARE PER L'ACCESSO AI CORSI DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITA' DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITA' - a.a. 2019/2020**

**(Legge 6 giugno 2020, n. 41)**

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, informata/o che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), **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**

- di essere preiscritto alle prove di accesso del Corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità a.a. 2019/2020 per il grado di scuola \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di Padova

- di essere in possesso di tre annualità di servizio, anche non successive, svolte nel corso dei dieci anni scolastici precedenti sullo specifico posto di sostegno del grado cui si riferisce la procedura di selezione alla quale si è iscritto, presso le istituzioni del sistema educativo di istruzione e formazione. Indicare di seguito il servizio prestato nelle istituzioni del sistema scolastico nazionale, statali e paritarie

(Art. 11, comma 14, Legge 124 del 3 maggio 1999).

Istituzione scolastica (Denominazione e indirizzo)	Grado di scuola	Data inizio e fine contratto	Giorni di servizio

Istituzione scolastica (Denominazione e indirizzo)	Grado di scuola	Data inizio e fine contratto	Giorni di servizio
<i><u>Totale giorni di servizio</u></i>			

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza della normativa contenuta nel bando per l'ammissione ai Corsi di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità a.a. 2019/2020 D.R. 974/2020.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_