

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI REQUISITI PER L'AMMISSIONE
AI CORSI DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITÀ DI
SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ a.a. 2023/2024
PER IL GRADO INFANZIA**

**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

di aver conseguito l'abilitazione all'insegnamento per la scuola dell'infanzia attraverso:

Laurea in Scienze della Formazione Primaria conseguita presso l'Università _____ in data _____ a.a. _____ o

analogo titolo conseguito all'estero e riconosciuto abilitante in Italia all'insegnamento con apposito Decreto del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, di cui **si allega** copia.

diploma magistrale, ivi compreso il diploma sperimentale a indirizzo psicopedagogico e diploma sperimentale a indirizzo linguistico, conseguito presso l'istituto magistrale _____ (indicare denominazione e sede) a.s. _____ o

analogo titolo conseguito all'estero e riconosciuto abilitante in Italia all'insegnamento con apposito Decreto del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, di cui **si allega** copia. (Il diploma deve essere conseguito entro l'anno scolastico 2001/2002).

Luogo e Data _____

Firma del candidato _____

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 del candidato _____