**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

**(art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole di quanto previsto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

|  |
| --- |
| **Informazioni personali** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome |  |  |
| Indirizzo |  |  |
| Telefono |  |  |
| Fax |  |  |
| E-mail |  |  |
| Nazionalità |  |  |
| Data e luogo di nascita |  |  |

**CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE DI CUI AL DISPOSITIVO REGIONALE (D.G.R. N. 1071 DEL 19/09/2005):**

|  |
| --- |
| **Istruzione e formazione** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| • Date (da – a) |  |  |
| • Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione |  |  |
| • Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio |  |  |
| • Qualifica conseguita |  |  |

**ESPERIENZA DIDATTICA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **n.** | **Anno****di riferimento** | **dal** | **Al** | **Ore totali docenza** | **materie di insegnamento** | **Presso** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTALE ORE** |  |  |  |

**ESPERIENZA PROFESSIONALE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **anno****di riferimento** | **dal** | **al** | **qualifica** | **presso** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |

Si allega:

* copia del documento di identità in corso di validità
* curriculum vitae in formato europeo (facoltativo)

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dal Dlgs 196/03 e dall’art.13 del GDPR 679/16.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_