



MODELLO C

Modello di autocertificazione dei requisiti di ammissione riservato ai candidati in possesso del diploma ITP (Insegnante tecnico pratico) coerente con le classi di concorso vigenti

**Il presente modulo deve essere inserito in Esse3 secondo la procedura informatica prevista dall'art. 3 del bando
entro 26 giugno 2023**

I sottoscritt _____
nat ___ a _____ Prov _____ il ___/___/___
Residente _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ Cap _____
Tel. _____ cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso alla prova di accesso per il corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali,

DICHIARA

**di essere in possesso del seguente titolo di accesso alla classe di concorso _____
come previsto dalla Tabella B allegata al D.P.R. n. 19 del 14 febbraio 2016 aggiornata dalla Tabella A
allegata al DM n. 259 del 09 maggio 2017:**

Diploma (denominazione): _____ conseguito in data ___/___/___ presso
l'Istituto _____ città _____ Prov. _____ via _____
_____ n. _____ nell'anno scolastico ___/___ con voto ___/___

Eventuali ulteriori requisiti di accesso alla classe di concorso: _____

- **di aver svolto almeno tre annualità di servizio, anche non consecutive, su posto di sostegno**

nell'anno scolastico ___/___ per un totale di giorni _____, dal ___/___/___
al ___/___/_____. Istituzione scolastica: _____
via _____ n. _____, comune di _____ prov. _____
Codice meccanografico dell'istituto: _____, e-mail istituto _____

nell'anno scolastico ____/____/____ per un totale di giorni _____, dal ____/____/____
al ____/____/____. Istituzione scolastica: _____
via _____ n. _____, comune di _____ prov. ____
Codice meccanografico dell'istituto: _____, e-mail istituto _____

nell'anno scolastico ____/____/____ per un totale di giorni _____, dal ____/____/____
al ____/____/____. Istituzione scolastica: _____
via _____ n. _____, comune di _____ prov. ____
Codice meccanografico dell'istituto: _____, e-mail istituto _____

Dichiara infine

di essere affetto da invalidità pari o superiore all'80% che ai sensi della legge 104/1992 art. 20.

Data ____/____/____

Il dichiarante* _____

(firma)

* La dichiarazione dovrà essere sottoscritta con firma autografa (sottoscrizione di proprio pugno)

Informativa Privacy

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE 2016/679 i dati personali forniti dai partecipanti alla selezione per l'accesso ai corsi di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno sono raccolti presso la Segreteria Studenti della Libera Università Maria Ss. Assunta, che ha sede in via di Porta Castello n. 44, 00193 Roma.

Tali dati verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal Reg. UE 2016/679, ai soli fini della valutazione dei requisiti di partecipazione alla selezione, pena l'esclusione dalle procedure di selezione. L'informativa privacy completa è disponibile nella sezione del sito web dedicata al bando.
