



Università per Stranieri di Siena

TFA 2011/2012 – Domanda di riconoscimento CFU

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i dati riguardanti la propria persona sono i seguenti:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/_____ Luogo di nascita _____ (___)

residenza in Via _____ Comune _____ (___)

Iscritto/a per l'a.a. 2011/2012 al corso di TFA per la Classe di abilitazione _____

CHIEDE

la valutazione del servizio prestato e dei titoli posseduti ai fini di un eventuale riconoscimento di Crediti Formativi Universitari nel Corso di Tirocinio Formativo Attivo, a.a. 2011 – 2012, e a tal fine

DICHIARA

A) Servizio prestato entro la data di scadenza del bando di selezione (entro il 04/06/2012):

1. Tipo di servizio _____ Classe di abilitazione _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per totali giorni _____ oppure totali ore _____ Istituto _____ via _____ città _____

2. Tipo di servizio _____ Classe di abilitazione _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per totali giorni _____ oppure totali ore _____ Istituto _____ via _____ città _____

3. Tipo di servizio _____ Classe di abilitazione _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per totali giorni _____ oppure totali ore _____ Istituto _____ via _____ città _____

4.
Tipo di servizio _____ Classe di abilitazione _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per totali giorni _____ oppure totali ore _____
Istituto _____ via _____ città _____

5.
Tipo di servizio _____ Classe di abilitazione _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per totali giorni _____ oppure totali ore _____
Istituto _____ via _____ città _____

B) Servizio prestato oltre la data di scadenza del bando di selezione (dal 05/06/2012 – in corso):

1.
Tipo di servizio _____ Classe di abilitazione _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per totali giorni _____ oppure totali ore _____
Istituto _____ via _____ città _____

2.
Tipo di servizio _____ Classe di abilitazione _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per totali giorni _____ oppure totali ore _____
Istituto _____ via _____ città _____

3.
Tipo di servizio _____ Classe di abilitazione _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per totali giorni _____ oppure totali ore _____
Istituto _____ via _____ città _____

4.
Tipo di servizio _____ Classe di abilitazione _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per totali giorni _____ oppure totali ore _____
Istituto _____ via _____ città _____

5.
Tipo di servizio _____ Classe di abilitazione _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per totali giorni _____ oppure totali ore _____
Istituto _____ via _____ città _____

C) Possesso del titolo di dottore di ricerca:

1.
Tipo di titolo (*) _____
Conseguito presso _____
In data _____ voto _____
(* allegare l'elenco delle attività frequentate)

D) Possesso dell'abilitazione SSIS/Possesso dell'abilitazione SSIS per il sostegno:

1.
Abilitazione SSIS (*) _____ Classe _____
Conseguita presso _____
In data _____ voto _____
(* allegare l'elenco delle attività frequentate)

2.
Abilitazione SSIS (*) _____ Classe _____
Conseguita presso _____
In data _____ voto _____
(* allegare l'elenco delle attività frequentate)

Luogo e data _____

Firma _____

La presente dichiarazione sostitutiva dovrà essere inviata per e-mail a tfa@unistrasi.it oppure fax al numero 0577 283163.

INFORMATIVA ART. 13 D. Lgs 196/2003

I dati personali forniti dai candidati potranno formare oggetto di trattamento per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione della procedura concorsuale e a quelle consequenziali. Il trattamento avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici, nel rispetto D. Lgs.196/2003. In relazione a tali trattamenti, gli interessati potranno esercitare i diritti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003.