

Allegato 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO e di altri titoli culturali (ART. 46 e 46, D.P.R. N. 445/00)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____
a _____ (____) residente in _____
Via/Piazza _____
CF _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

di avere conseguito il seguente titolo di studio:

TITOLO DI STUDIO	Descrizione
Laurea triennale in _____	Anno accademico: _____ Presso : _____ Votazione : _____
Laurea magistrale o laurea specialistica o laurea di vecchio ordinamento in _____ Laurea triennale+ laurea specialistica in _____	Anno accademico: _____ Presso : _____ Votazione : _____
Diplomi o attestati specifici riconosciuti dalla Regione Basilicata per le funzioni di assistente specialistico (assistenza per l'autonomia e per la comunicazione) ai sensi della DGR n. 1265 dell'8/11/2016. In _____	Anno accademico: _____ Presso : _____ Votazione : _____
Titolo di studio di Educatore Professionale socio-pedagogico ai sensi dell'art.1, comma 597 della legge 27/12/2017 con età superiore a cinquanta anni e almeno dieci anni di servizio, ovvero abbiano almeno venti anni di servizio	Anno accademico: _____ Presso : _____ Votazione : _____

Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti **titoli culturali** (vedi tabella riportata nel Bando)
(Per ogni titolo indicare il nome, l'anno di conseguimento, l'Ente di rilascio, n. ore ed eventuali CFU e se si è in possesso di attestazione finale o Esame finale con votazione)

ALTRI TITOLI
Seconda laurea attinente di durata pari o superiore a quella di accesso in: Titolo: _____ Anno di conseguimento: _____ Ente di rilascio: _____

Dottorato di ricerca in discipline psico- pedagogiche	
Titolo: _____ Anno di conseguimento: _____ Ente di rilascio: _____	
Specializzazioni a carattere psico-pedagogico di durata quadriennale (Psicoterapeuta)	
Titolo: _____ Anno di conseguimento: _____ Ente di rilascio: _____	
Specializzazioni a carattere psico-pedagogico di durata biennale (pedagogia clinica)	
Titolo: _____ Anno di conseguimento: _____ Ente di rilascio: _____	
Diploma di specializzazione post- laurea, master universitario o altro titolo post universitario a carattere socio-psico-pedagogico rilasciato da Istituti Universitari (durata biennale – 3000 h 120 CFU)	
Titolo: _____ Anno di conseguimento: _____ Ente di rilascio: _____	
Corso di perfezionamento attinente, master universitario o altro titolo postuniversitario a carattere socio-psico-pedagogico(durata annuale 1500 h 60 CFU), TFA sostegno rilasciato da Università o consorzi equipollenti	
Titolo: _____ Anno di conseguimento: _____ Ente di rilascio: _____	
Qualifica di Operatore dei servizi sociali	1
Titolo: _____ Anno di conseguimento: _____ Ente di rilascio: _____	
Corsi di formazione relativi alle disabilità di durata almeno di n. 25 ore e riconosciuti dal MIUR con attestazione e/o esame finale (max n.10 corsi)	
Titolo: _____ Anno di conseguimento: _____ Ente di rilascio: _____ n. ore : _____	

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data

Il dichiarante _____

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.