

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(D.p.r. 445/2000)

I_ sottoscritt_ _____
 (Cognome) _____ (Nome) _____
 Nat_ a _____ (Prov.) _____ il _____
 Qualifica _____ in servizio presso _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del D.p.r. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci

1) di essere iscritt_ per l'anno _____ al corso di (barrare la casella del corso di iscrizione)

<input type="checkbox"/> Scuola media inferiore	durata del corso _____		
classe _____	ultimo anno	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Corso professionale per il cui conseguimento sia richiesto l'assolvimento dell'obbligo scolastico	durata del corso _____		
anno di corso _____	ultimo anno	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scuola media superiore	durata del corso _____		
classe _____	ultimo anno	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Corso professionale per il cui conseguimento sia richiesto il diploma di scuola secondaria superiore	durata del corso _____		
anno di corso _____	ultimo anno	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Corsi di formazione in materia di integrazione di soggetti socialmente svantaggiati	durata del corso _____		
anno di corso _____	ultimo anno	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Diploma universitario	<input type="checkbox"/> Diploma accademico di Scienze religiose
<input type="checkbox"/> Laurea triennale	<input type="checkbox"/> Laurea specialistica europea
<input type="checkbox"/> Laurea specialistica	<input type="checkbox"/> Laurea secondo i vecchi ordinamenti
<input type="checkbox"/> Dottorato di ricerca	<input type="checkbox"/> Corso di Specializzazione
	<input type="checkbox"/> Seconda laurea

presso l'Università di _____ facoltà di _____ durata del corso _____
 anno di corso _____ ultimo anno di corso si no
 -di essere in regola con gli esami previsti per gli anni precedenti si no
 -di non essere mai stat_ iscritt_ come ripetente si no
 -di impegnarsi a completare gli esami nella sessione autunnale/invernale si no
 -di essere iscritt_ fuori corso per la _____ volta di essere iscritt_ come ripetente si no

<input type="checkbox"/> Master di 1° livello	<input type="checkbox"/> Master di 2° livello
presso l'Università di _____ facoltà di _____	durata del corso _____
anno di corso _____	ultimo anno di corso si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
-di essere in regola con gli esami previsti per gli anni precedenti si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
-di essere iscritt_ fuori corso per la _____ volta	

<input type="checkbox"/> Corso di perfezionamento post lauream	<input type="checkbox"/> Corso di perfezionamento organizzato dall'U.E.
--	---

2) di aver fruito, per lo stesso corso, dei permessi retribuiti per motivi di studio, anche presso altre Amministrazioni si no

Luogo e data _____ Firma _____

Si comunica, ai sensi dell'art. 10 L. 675/96, che i dati richiesti verranno utilizzati dall'Amministrazione al fine di acquisire informazioni per la concessione, ai dipendenti aventi diritto, del beneficio in questione.
 Il sottoscritto, letta l'informativa in merito al trattamento dei dati personali di cui alla L. 675/96, consente al trattamento ed alla comunicazione dei dati medesimi per le finalità e con le modalità legate all'informativa medesima.
 Luogo e data _____ Firma _____