

Termine ultimo di presentazione<sup>1</sup> del presente modulo: **01 Settembre 2021, ore 13.30**

## **Modulo di autocertificazione**

### **Titoli valutabili**

**(art. 6 del bando)**

**VI edizione - a.a. 2020/2021**

autocertificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Al Magnifico Rettore  
dell'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia,  
via Università n. 4,  
41121 Modena

#### **AVVERTENZA**

La compilazione del presente modulo di autocertificazione avviene secondo le disposizioni previste dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, "TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE E REGOLAMENTARI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA".

In particolare:

- I dati riportati dal candidato assumono il valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione rese ai sensi dell'articolo 46 e 47; vigono, al riguardo, le disposizioni di cui all'articolo 76 che prevedono conseguenze di carattere amministrativo e penale per il candidato che rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità.
- Ai sensi dell'articolo 39 la sottoscrizione del modulo di domanda non è soggetta ad autenticazione.
- Il competente ufficio dell'Università disporrà gli adeguati controlli sulle dichiarazioni rese dal candidato secondo quanto previsto dagli articoli 71 e 72.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

domiciliata/o in (se diverso da residenza) via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DICHIARO**

<sup>1</sup> Il presente modulo deve essere inserito in Esse3 secondo la procedura informatica prevista all'art. 3 del bando.

di essere in possesso dei titoli culturali e professionali valutabili ai fini della graduatoria finale, **ai sensi dell'art. 6 del presente bando**, di seguito elencati:

### **A. TITOLI PROFESSIONALI**

**Collaborazioni professionali nell'ambito dell'educazione speciale e/o della disabilità presso enti/istituti** (non rientrano in tale tipologia il servizio d'insegnamento sul sostegno e in linea generale i contratti di lavoro alle dipendenze):

Ente/Istituto \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_

e-mail dell'ente/istituto \_\_\_\_\_

Tipologia di contratto (es. *collaborazione libero/professionale, collaborazione coordinata e continuativa, collaborazione occasionale*) \_\_\_\_\_

Attività svolta (indicare l'attività per cui è stato conferito l'incarico) \_\_\_\_\_

Contratto dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ente/Istituto \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_

e-mail dell'ente/istituto \_\_\_\_\_

Tipologia di contratto (es. *collaborazione libero/professionale, collaborazione coordinata e continuativa, collaborazione occasionale*) \_\_\_\_\_

Attività svolta ( indicare l'attività per cui è stato conferito l'incarico) \_\_\_\_\_

Contratto dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*etc.*

Al fine di consentire all'Ufficio Formazione Insegnanti di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell'Ufficio responsabile (per ciascun istituto/ente sopra menzionato) presso il quale si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo:

- denominazione della Segreteria competente: \_\_\_\_\_

- n. di telefono: \_\_\_\_\_ n. di fax: \_\_\_\_\_

- e-mail: \_\_\_\_\_ posta elettronica certificata (PEC): \_\_\_\_\_

## B. TITOLI CULTURALI

- **Dottorato di Ricerca** in area pedagogica con tesi su argomenti specifici di pedagogia speciale

Denominazione del Dottorato \_\_\_\_\_

Data di conseguimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Presso Università \_\_\_\_\_

Titolo della tesi \_\_\_\_\_

Settore scientifico disciplinare di afferenza della tesi \_\_\_\_\_

Al fine di consentire all'Ufficio Formazione Insegnanti di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell'Ufficio responsabile dell'ateneo presso il cui dottorato si era iscritti, ove si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo:

- denominazione della Segreteria competente: \_\_\_\_\_

- n. di telefono: \_\_\_\_\_ n. di fax: \_\_\_\_\_

- e-mail: \_\_\_\_\_ posta elettronica certificata (PEC): \_\_\_\_\_

- **Dottorato di Ricerca** in area pedagogica o psicologica

Denominazione del Dottorato \_\_\_\_\_

Data di conseguimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Presso Università \_\_\_\_\_

Titolo della tesi \_\_\_\_\_

Settore scientifico disciplinare di afferenza della tesi \_\_\_\_\_

Al fine di consentire all'Ufficio Formazione Insegnanti di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell'Ufficio responsabile dell'ateneo presso il cui dottorato si era iscritti, ove si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo:

- denominazione della Segreteria competente: \_\_\_\_\_

- n. di telefono: \_\_\_\_\_ n. di fax: \_\_\_\_\_

- e-mail: \_\_\_\_\_ posta elettronica certificata (PEC): \_\_\_\_\_

- **Titolo di studio UNIVERSITARIO di almeno 60 CFU**, contenente almeno 25 CFU riferiti esplicitamente al settore disciplinare M-PED/03 (didattica e pedagogia speciale) **diverso rispetto al titolo di studio utilizzato per l'accesso alla procedura:**

1. Denominazione del titolo \_\_\_\_\_

Data di conseguimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Presso Università \_\_\_\_\_

CFU totali conseguiti \_\_\_\_\_

Esami del piano di studi del titolo da cui si evince il possesso di almeno 25 CFU riferiti esplicitamente al SSS M-PED/03 (didattica e pedagogia speciale):

1. **denominazione insegnamento** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (indicare la denominazione completa)  
**data di svolgimento del relativo esame** \_\_\_\_\_  
**superato con voto** \_\_\_ /30, **n. CFU/CFA** \_\_\_\_\_ **SSD** \_\_\_\_\_

2. **denominazione insegnamento** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (indicare la denominazione completa)  
**data di svolgimento del relativo esame** \_\_\_\_\_  
**superato con voto** \_\_\_ /30, **n. CFU/CFA** \_\_\_\_\_ **SSD** \_\_\_\_\_

ecc.

**ATTENZIONE:** In alternativa all'indicazione degli esami di cui sopra potrà essere allegata copia/autocertificazione del titolo di studio da cui si evince il dettaglio degli esami con il relativo SSD (M-PED/03) e CFU (almeno 25 CFU) RILASCIATA DAI SISTEMI INFORMATIVI DELL'ATENEO.

Non vengono presi in considerazione esami non espressi in CFU ovvero copia di certificazione priva di tutti gli elementi suindicati.

2. Denominazione del titolo \_\_\_\_\_  
Data di conseguimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Presso Università \_\_\_\_\_  
CFU totali conseguiti \_\_\_\_\_

Esami del piano di studi del titolo da cui si evince il possesso di almeno 25 CFU riferiti esplicitamente al SSS M-PED/03 (didattica e pedagogia speciale):

3. **denominazione insegnamento** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (indicare la denominazione completa)  
**data di svolgimento del relativo esame** \_\_\_\_\_  
**superato con voto** \_\_\_ /30, **n. CFU/CFA** \_\_\_\_\_ **SSD** \_\_\_\_\_

4. **denominazione insegnamento** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (indicare la denominazione completa)  
**data di svolgimento del relativo esame** \_\_\_\_\_  
**superato con voto** \_\_\_ /30, **n. CFU/CFA** \_\_\_\_\_ **SSD** \_\_\_\_\_

ecc.

**ATTENZIONE:** In alternativa all'indicazione degli esami di cui sopra potrà essere allegata

**copia del titolo di studio da cui si evince il dettaglio degli esami con il relativo SSD (M-PED/03 ) e CFU (almeno 25 CFU) RILASCIATA DAI SISTEMI INFORMATIVI DELL'ATENEO.**

**Non vengono presi in considerazione esami non espressi in CFU ovvero copia di certificazione priva di tutti gli elementi suindicati.**

*etc.*

Al fine di consentire all'Ufficio Formazione Insegnanti di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell'Ufficio responsabile dell'ateneo presso il cui corso si era iscritti, ove si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo:

- denominazione della Segreteria competente: \_\_\_\_\_
- n. di telefono: \_\_\_\_\_ n. di fax: \_\_\_\_\_
- e-mail: \_\_\_\_\_ posta elettronica certificata (PEC): \_\_\_\_\_

• **Publicazioni** con ISBN o ISSN attinenti alla specializzazione per le attività di sostegno

I. Titolo della pubblicazione \_\_\_\_\_

Editore \_\_\_\_\_

Autore/Coautori \_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_

II. Titolo della pubblicazione \_\_\_\_\_

Editore \_\_\_\_\_

Autore/Coautori \_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_

*etc.*

Dichiaro che le **eventuali copie** delle **pubblicazioni** e/o della **tesi di dottorato**, che consegnerò presso l'Ufficio Formazione Insegnanti **entro il 01 Settembre 2021, ore 13.30** secondo le modalità indicate dall'art. 6, punto b) del bando sono conformi all'originale.

Dichiaro inoltre di aver preso visione del bando di selezione e successive modifiche/integrazioni (eventuali) a cui si riferisce il presente allegato.

Data, \_\_\_\_\_

La/Il dichiarante<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> La dichiarazione dovrà essere sottoscritta con **firma autografa** (sottoscrizione di proprio pugno). Alla dichiarazione dovrà essere **allegata copia di documento d'identità in corso di validità**.

(firma)