

(il presente modello va presentato per intero anche se non vengono compilate determinate dichiarazioni)

**Allegato alla domanda di partecipazione all'avviso di disponibilità di posti ai fini
dell'iscrizione al Corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le
attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità
a.a. 2024/25
X CICLO**

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

Termine ultimo di trasmissione¹ del presente modello: 25 Settembre 2025 ore 13.30

Al Magnifico Rettore
della Università degli studi di Modena e Reggio Emilia
viale dell'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 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 _____ (___)

domiciliato in (se diverso dalla residenza) via _____ Comune _____ (___)

telefono _____ cell. _____ e-mail _____

codice fiscale: _____

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

avendo prodotto domanda di partecipazione alla selezione “Avviso di disponibilità di posti ai fini dell’iscrizione al Corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità” X ciclo, a.a. 2024/25 per il

(barrare una sola casella)

- percorso SCUOLA PRIMARIA
 percorso SCUOLA SECONDARIA I GRADO

DICHIARO

di essere in possesso del requisito previsto per l’ammissione di cui all’art. 2 dell’avviso ovvero:

- di essere risultato idoneo (con il termine <<idoneo>> si intende chi, pur trovandosi in graduatoria, non è risultato in posizione utile per immatricolarsi) nella procedura per il percorso suindicato presso l’Università di _____, a.a. 2024/25 X CICLO collocato in graduatoria alla posizione _____ conseguendo il seguente punteggio nelle singole prove:

- PROVA SCRITTA PUNTI ___ /30
- PROVA ORALE PUNTI ___ /30

Data e numero del provvedimento di approvazione degli atti presso l’Università di provenienza ___/___/_____ n. _____ (dato obbligatorio da reperire presso l’Università dove sono state svolte le prove selettive).

DICHIARO INOLTRE

- di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili ai sensi dell’art. 5 dell’avviso, di seguito elencati:

ATTENZIONE I TITOLI DEVONO ESSERE STATI CONSEGUITI ENTRO L’11 Luglio 2025

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 di enti/istituti)

ATTENZIONE: È necessario compilare tutte le voci previste. La mancata compilazione anche di uno solo dei campi non consentirà la valutazione del titolo.

Ente/Istituto _____

Comune _____ Provincia _____

via/piazza _____

e-mail dell’ente/istituto _____

tipologia di contratto (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 (*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. (È POSSIBILE AGGIUNGERE ULTERIORI EVENTUALI COLLABORAZIONI)

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 _____

- **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 _____

- **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 presso l'Ateneo di provenienza:

ATTENZIONE: È necessario compilare tutte le voci previste. La mancata compilazione anche di uno solo dei campi non consentirà la valutazione del titolo.

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

ATTENZIONE: È necessario compilare tutte le voci previste. La mancata compilazione anche di uno solo dei campi non consentirà la valutazione del titolo.

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

etc.

• **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 **publicazioni** e/o della **tesi di dottorato**, che consegnerò presso l'Ufficio Formazione Insegnanti **entro il 25 Settembre 2025 ore 13.30, (v. orario di ricevimento al pubblico art. 14 del bando)**, secondo le modalità indicate dall'art. 5, punto b) del bando, sono conformi all'originale.

DICHIARO INOLTRE

Ai fini della graduatoria per la definizione di eventuali pari merito, di aver prestato servizio di insegnamento, presso le istituzioni del sistema educativo di istruzione e formazione, su posto di sostegno valutabile come tale ai sensi dell'articolo 11, comma 14, della legge 3 maggio 1999, n. 124² (da considerare fino alla data dell'11 Luglio 2025) nelle seguenti scuole:

Istituzione scolastica/ente	
Servizio su posto di sostegno (specificare ordine: scuola	

² Art. 11 comma 14 L. 3 maggio 1999 n. 124. Il comma 1 dell'articolo 489 del testo unico è da intendere nel senso che il servizio di insegnamento non di ruolo prestato a decorrere dall'anno scolastico 1974-1975 è considerato come anno scolastico intero se ha avuto la durata di almeno 180 giorni oppure se il servizio sia stato prestato ininterrottamente dal 1° febbraio fino al termine delle operazioni di scrutinio finale. Se prestato, il servizio sul Sostegno nell'anno scolastico in corso è calcolabile fino alla data di scadenza del bando (11 Luglio 2025).

infanzia/primaria/secondaria I grado, secondaria II grado)					
Indirizzo e recapito telefonico					
E-mail/PEC					
a.s.		Dal _____	Al _____	n. giorni di servizio	_____

Istituzione scolastica/ente					
Servizio su posto di sostegno (specificare ordine: scuola infanzia/primaria/secondaria I grado, secondaria II grado)					
Indirizzo e recapito telefonico					
E-mail/PEC					
a.s.		Dal _____	Al _____	n. giorni di servizio	_____

Istituzione scolastica/ente					
Servizio su posto di sostegno (specificare ordine: scuola infanzia/primaria/secondaria I grado, secondaria II grado)					
Indirizzo e recapito telefonico					
E-mail/PEC					
a.s.		Dal _____	Al _____	n. giorni di servizio	_____

Istituzione scolastica/ente					
Servizio su posto di sostegno (specificare ordine: scuola					

infanzia/primaria/secondaria I grado, secondaria II grado)					
Indirizzo e recapito telefonico					
E-mail/PEC					
a.s.		Dal _____	Al _____	n. giorni di servizio	_____

ETC. È POSSIBILE AGGIUNGERE ULTERIORI EVENTUALI PERIODI DI SERVIZIO RIPRODUCENDO LO SCHEMA

DICHIARO INOLTRE

al fine di essere esonerato dai relativi insegnamenti, ai sensi dell'art. 10 del bando di selezione, di essere in possesso del seguente **TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE SUL SOSTEGNO OVVERO DI AVER SOSPESO IL CORSO (barrare la voce d'interesse)**

- Specializzazione per il sostegno didattico agli alunni con disabilità*, titolo conseguito ai sensi del D.M.

Sostegno in data _____ nell'anno accademico _____
presso l'Università _____

per il seguente grado di istruzione:

- Scuola dell'Infanzia
 Scuola Primaria
 Scuola Secondaria di I grado
 Scuola Secondaria di II grado
- di aver sospeso il Corso di specializzazione sul Sostegno per il seguente grado d'istruzione _____
_____ nell'a.a. _____ presso l'Università _____
e di aver sostenuto gli esami sottoriportati.

CHIEDO

pertanto, il riconoscimento dei crediti già acquisiti in occasione del suddetto corso di specializzazione sul sostegno. A tal fine,

dichiaro di aver sostenuto i seguenti esami³:

1. Area _____
SSD _____

³ Per la descrizione degli esami sostenuti i candidati devono fare riferimento agli Insegnamenti riportati nella Tabella di cui all'Allegato B del [D.M. 30 settembre 2011](#).

Ambito disciplinare _____
Insegnamento _____
n. CFU _____
sostenuto in data _____ , superato con voto ___ /30,

2. Area _____
SSD _____
Ambito disciplinare _____
Insegnamento _____
n. CFU _____
sostenuto in data _____ , superato con voto ___ /30,

3. Area _____
SSD _____
Ambito disciplinare _____
Insegnamento _____
n. CFU _____
sostenuto in data _____ , superato con voto ___ /30,

etc. ... (È POSSIBILE AGGIUNGERE ULTERIORI EVENTUALI INSEGNAMENTI ACQUISITI IN OCCASIONE DI ALTRO CORSO SOSTEGNO)

Dichiaro di aver preso visione dell'avviso di selezione e successive modifiche/integrazioni (eventuali) a cui si riferisce il presente allegato.

SI ALLEGA AL PRESENTE MODELLO:

- fotocopia, debitamente firmata, di un documento d'identità in corso di validità.

Data, _____

Il/La dichiarante ⁴

(firma)

⁴ 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.