

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Compilare i riquadri o barrare con una x ove necessario

Il/La sottoscritto/a

<i>cognome</i>	<i>nome</i>
----------------	-------------

 nato a

 prov.

 il

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28/12/ 2000, N°445)

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

1) di essere di **stato civile**

Per lo stato di "separato" indicare gli estremi dell' atto del Tribunale:

2) che la persona a cui chiede di ricongiungersi è:

<i>Cognome e Nome</i>	<i>Luogo di nascita - provincia</i>	<i>Data di nascita</i>

con la quale ha il seguente rapporto di parentela

 Il suddetto familiare risiede nel comune di

con decorrenza anagrafica dal (*giorno, mese, anno*)

In mancanza di questa indicazione il punteggio per ricongiungimento non viene attribuito. La residenza del familiare deve essere anteriore di almeno 3 mesi alla data di scadenza della domanda di mobilità

3) di avere i seguenti figli minori: (specificare chiaramente cognome, nome, luogo e data di nascita): indicare anche i figli che hanno compiuto o che compiono 18 anni nel corrente anno solare

<i>Cognome e Nome</i>	<i>Luogo di nascita - provincia</i>	<i>Data di nascita</i>

(aggiungere le righe necessarie posizionandosi sull'ultima cella e cliccando sul tasto Tab)

4) che il/la sig./ra (cognome, nome, luogo e data nascita)

con la quale ha il seguente rapporto di parentela (coniuge, figlio, genitore)

fruisce di: (barrare con X)

- ricovero permanente** (allega il certificato dell'istituto di cura)
 cure mediche continuative (allega certif. dell'Ente ospedaliero, dell'ASL o dell' APSS da cui risulti la necessità e periodicità di cure mediche continuative)

e può essere assistito soltanto nel comune richiesto per il trasferimento, in quanto nella sede di titolarità non esiste un istituto di cura presso il quale il quale può essere assistito.

DICHIARA INOLTRE

CONCORSI E ABILITAZIONI

(barrare e compilare **tutte** le caselle necessarie, pena la mancata valutazione dei titoli)

di aver superato:

un **PUBBLICO CONCORSO ORDINARIO PER ESAMI**, per la seguente cl. di concorso o un concorso magistrale

indetto con OM DM DDG DGP n° in data provincia di e di essere inserito in graduatoria di merito.

(sono esclusi i concorsi riservati, la partecipazione a concorsi ordinari ai soli fini del conseguimento dell' abilitazione, i concorsi per scuola dell'infanzia)

ULTERIORI CONCORSI ORDINARI / RISERVATI DA INDICARE ESCLUSIVAMENTE DAI DOCENTI RICHIEDENTI IL PASSAGGIO DI CATTEDRA / RUOLO:

- di aver superato un pubblico concorso: **ordinario** per esami o **riservato** per la classe di concorso
indetto con OM DM DDG DGP n° in data provincia di e di essere inserito in grad. di merito (solo per ordinari).
- di aver superato un pubblico concorso: **ordinario** per esami **riservato** per la classe di concorso
indetto con OM DM DDG DGP n° in data provincia di e di essere inserito in grad. di merito (solo per ordinari).
- di aver superato un pubblico concorso: **ordinario** per esami **riservato** per la classe di concorso

indetto con OM DM DDG DGP n° in data provincia di e di essere inserito in grad. di merito *(solo per ordinari)*.

di essere in possesso del titolo di abilitazione per la cl.conc. conseguito presso la S.S.I.S.- Università di in data
di essere in possesso del titolo di abilitazione per la cl.conc. conseguito presso la S.S.I.S.- Università di in data

TITOLI

(barrare e compilare tutte le caselle necessarie, pena la mancata valutazione dei titoli)

di aver conseguito:

TITOLO DI STUDIO ATTUALMENTE NECESSARIO PER L'ACCESSO AL RUOLO DI APPARTENENZA *(non valutabile per il punteggio)* :

Diploma/Laurea in conseguito/o presso in data

ULTERIORI TITOLI DI STUDIO CONSEGUITI *(valutabili per il punteggio)* :

Per i docenti aspiranti al passaggio ruolo/cattedra, il diploma di laurea è valutabile solo se costituisce ulteriore laurea rispetto a quella necessaria per il passaggio medesimo.

(aggiungere le righe necessarie posizionandosi sull'ultima cella e cliccando sul tasto Tab)

Laurea almeno quadriennale in	<input type="text"/>	presso Univ. di	<input type="text"/>	facoltà di	<input type="text"/>	in data	<input type="text"/>
Laurea specialistica	in <input type="text"/>	presso Univ. di	<input type="text"/>	facoltà di	<input type="text"/>	in data	<input type="text"/>
Diploma accad. di 2° livello	in <input type="text"/>	presso Univ. di	<input type="text"/>	facoltà di	<input type="text"/>	in data	<input type="text"/>
Laurea 1° livello/breve	in <input type="text"/>	presso Univ. di	<input type="text"/>	facoltà di	<input type="text"/>	in data	<input type="text"/>
Diploma universitario	in <input type="text"/>	presso Univ. di	<input type="text"/>	facoltà di	<input type="text"/>	in data	<input type="text"/>
Diploma di Accad. Belle arti in	<input type="text"/>	presso Univ. di	<input type="text"/>	facoltà di	<input type="text"/>	in data	<input type="text"/>
Diploma di Conservat. Musica	<input type="text"/>	presso Univ. di	<input type="text"/>	facoltà di	<input type="text"/>	in data	<input type="text"/>

DIPLOMA/I di SPECIALIZZAZIONE o PERFEZIONAMENTO, di durata non inferiore ai 2 anni, con esami specifici per ogni materia e un esame finale, conseguito/i in corsi post-universitari previsti dagli statuti o dal D.P.R. 162/82, o dalla legge n. 341/90 (artt. 4,6,8) ovvero dal decreto n. 509/99, attivati da Università statali, libere, istituti universitari statali/ pareggiati, da amministrazioni pubbliche (con equipollenza), nell'ambito delle scienze dell'educazione e/o delle discipline attualmente insegnate dal docente

(barrare la casella a seconda del tipo di diploma e completare con tutti i dati richiesti)

SPECIALIZZAZIONE	<input type="checkbox"/>	in		attivato da		conseguito in data		votazione finale	
PERFEZIONAMENTO	<input type="checkbox"/>								
SPECIALIZZAZIONE	<input type="checkbox"/>	in		attivato da		conseguito in data		votazione finale	
PERFEZIONAMENTO	<input type="checkbox"/>								
SPECIALIZZAZIONE	<input type="checkbox"/>	in		attivato da		conseguito in data		votazione finale	
PERFEZIONAMENTO	<input type="checkbox"/>								
SPECIALIZZAZIONE	<input type="checkbox"/>	in		attivato da		conseguito in data		votazione finale	
PERFEZIONAMENTO	<input type="checkbox"/>								

CORSI DI PERFEZIONAMENTO di durata non inferiore ad un anno, previsti dagli statuti o dal D.P.R. 162/82, dalla legge n. 341/90 (artt. 4,6,8) dal decreto n. 509/99, nonché master di 1° e 2° livello, attivati da Università statali, libere, istituti universitari statali/ pareggiati, nell'ambito delle scienze dell'educazione e/o delle discipline attualmente insegnate dal docente

(dall'a. acc. 2005/06 corsi di perfezionamento e master dovranno comprendere 1500 ore di impegno, 60 CFU, esame finale).

Corso perfez. annuale in	<input type="checkbox"/>	attivato da	<input type="checkbox"/>	anno acc.	<input type="checkbox"/>	voto esame finale (*)	<input type="checkbox"/>	ore totali (*)	<input type="checkbox"/>	CFU (*)	<input type="checkbox"/>
Corso perfez. annuale in	<input type="checkbox"/>	attivato da	<input type="checkbox"/>	anno acc.	<input type="checkbox"/>	voto esame finale (*)	<input type="checkbox"/>	ore totali (*)	<input type="checkbox"/>	CFU (*)	<input type="checkbox"/>
Corso perfez. annuale in	<input type="checkbox"/>	attivato da	<input type="checkbox"/>	anno acc.	<input type="checkbox"/>	voto esame finale (*)	<input type="checkbox"/>	ore totali (*)	<input type="checkbox"/>	CFU (*)	<input type="checkbox"/>
Corso perfez. annuale in	<input type="checkbox"/>	attivato da	<input type="checkbox"/>	anno acc.	<input type="checkbox"/>	voto esame finale (*)	<input type="checkbox"/>	ore totali (*)	<input type="checkbox"/>	CFU (*)	<input type="checkbox"/>

MASTER DI	<input type="checkbox"/>	LIVELLO, in	<input type="checkbox"/>	attivato da	<input type="checkbox"/>	anno acc.	<input type="checkbox"/>	ore totali (*)	<input type="checkbox"/>	CFU (*)	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

(*) SOLO PER I CORSI e i MASTER TENUTI A DECORRERE DALL'A.A. 2005/06

DOTTORATO DI RICERCA

presso l'Università di facoltà di in data

ALTRI TITOLI NON VALUTABILI:
(per l'accesso a posti specifici)

di aver conseguito :

Titolo di specializzazione per insegnamento agli alunni disabili per l'ordine di scuola materna primaria secondaria *(non valutabile per il punteggio)*
conseguito presso prov. di in data

Titolo di specializzazione Montessori
conseguito presso

Dichiaro di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che: 1) i dati da me forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ho presentato la documentazione; 2) il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico; 3) il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di mio interesse; 4) titolare del trattamento è la Provincia autonoma di Trento; 5) responsabile del trattamento è il Dirigente di Struttura; 6) in ogni momento potrò esercitare i miei diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. 196/2003.