

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

Il sottoscritt\_

\_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)  
Nat\_ a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_  
Rapporto di lavoro: ☐ tempo indeterminato ☐ tempo determinato (da almeno 6 mesi) ☐ tempo pieno  
☐ tempo parziale con il seguente orario \_\_\_\_\_

### 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<br>classe _____<br><input type="checkbox"/> Corso professionale per il cui conseguimento sia richiesto l'assolvimento dell'obbligo scolastico<br>anno di corso _____<br><input type="checkbox"/> Scuola media superiore durata del corso _____<br>classe _____<br><input type="checkbox"/> Corso professionale per il cui conseguimento sia richiesto il diploma di scuola secondaria superiore<br>anno di corso _____<br><input type="checkbox"/> Corsi di formazione in materia di integrazione di soggetti socialmente svantaggiati<br>anno di corso _____<br><br><input type="checkbox"/> Diploma universitario<br><input type="checkbox"/> Laurea triennale <input type="checkbox"/> Laurea specialistica europea<br><input type="checkbox"/> Laurea specialistica<br><input type="checkbox"/> Dottorato di ricerca | durata del corso _____<br>ultimo anno si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/><br>durata del corso _____<br>ultimo anno si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/><br>ultimo anno si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/><br>durata del corso _____<br>ultimo anno si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/><br>durata del corso _____<br>ultimo anno si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> Diploma accademico di Scienze religiose<br><input type="checkbox"/> Laurea secondo i vecchi ordinamenti<br><input type="checkbox"/> Corso di Specializzazione<br><input type="checkbox"/> Seconda laurea |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

presso l'Università di \_\_\_\_\_ facoltà di \_\_\_\_\_ durata del corso \_\_\_\_\_

anno di corso \_\_\_\_\_ ultimo anno si ☐ no ☐

- |                                                                                       |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| - di essere in regola con gli esami previsti per gli anni precedenti                  | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| - di essere stat_ iscritt_ come ripetente per n. volte                                | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| - di impegnarsi a completare gli esami nella sessione autunnale/invernale             | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| - di essere iscritt_ fuori corso per la _____ volta di essere iscritt_ come ripetente | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |

☐ Master di 1° livello ☐ Master di 2° livello  
 presso l'Università di \_\_\_\_\_ facoltà di \_\_\_\_\_ durata del corso \_\_\_\_\_

anno di corso \_\_\_\_\_ ultimo anno si ☐ no ☐

- |                                                                      |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| - 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                  | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |

☐ Corso di perfezionamento post lauream ☐ Corso di perfezionamento organizzato dall'U.E.

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

Si comunica, ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del Codice Privacy, così come novellato dal D. Lgs. 101/2018, 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 citata normativa di riferimento, consente al trattamento ed alla comunicazione dei dati medesimi per le finalità e con le modalità legate all'informativa medesima.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma