

TIROCINIO FORMATIVO ATTIVO (TFA) ANNO ACCADEMICO 2014-2015

RICHIESTA RIDUZIONE CARICO DIDATTICO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

(Rese ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a informato/a che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondente al vero e l'uso di atti falsi sono punite con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000) dichiara che i dati riguardanti la propria persona sono i seguenti:

Cognome _____ Nome _____ nato
a _____ Prov (_____) Codice Fiscale: _____ Tel.
_____ Cell. _____ Indirizzo
email _____ Classe di
concorso _____

CHIEDE:

la valutazione dei titoli elencati nelle pagine seguenti ai fini di un eventuale riduzione del carico didattico nel nell'ambito dei corsi TFA a.a. 2014/2015 e a tal fine

DICHIARA

di aver conseguito i seguenti titoli culturali e professionali:

• **1) Abilitazione TFA**

Tirocinio Formativo Attivo (DM 249/10):

Ateneo/sede amministrativa: _____,
anno accademico di conseguimento: _____,
classe/i di abilitazione: _____.

• **2) Abilitazione PAS**

Percorsi Abilitanti Speciali (DM 58/2013 e DD 45/2013)

Ateneo/sede amministrativa: _____,
anno accademico di conseguimento: _____,
classe/i di abilitazione: _____.

- **3) Abilitazione SSIS**

Scuola di specializzazione per l'insegnamento secondario (SSIS):

sede amministrativa: _____,

anno accademico di conseguimento: _____,

ciclo: _____, classe/i di abilitazione: _____.

- **4) Abilitazione SOS 800**

Scuola di specializzazione per l'insegnamento secondario (SSIS):

sede amministrativa: _____,

anno accademico di conseguimento: _____,

ciclo: _____.

- **5) Abilitazione SOS 400 (abilitazione SOS attivata tramite le SSIS)**

Scuola di specializzazione per l'insegnamento secondario (SSIS):

sede amministrativa: _____,

anno accademico di conseguimento: _____,

ciclo: _____.

- **6) Corsi speciali abilitanti ex Legge 134/2004 e successivi DM (attivati tramite le SSIS)**

Scuola di specializzazione per l'insegnamento secondario (SSIS):

sede amministrativa: _____,

anno accademico di conseguimento: _____,

ciclo: _____.

- **7) Abilitazione COBASLID**

Istituzione AFAM di attivazione COBASLID:

sede amministrativa: _____,

anno accademico di conseguimento: _____,

ciclo: _____.

- **8) Master universitario (allegare copia)**

Denominazione titolo:

—

Università: _____

anno accademico di conseguimento: _____

- **9) Dottorato di ricerca (allegare copia)**

Denominazione titolo:

—

Università: _____

anno accademico di conseguimento: _____

- **10) Altro titolo conseguito al termine di percorsi svolti presso Atenei stranieri e riconosciuto in Italia come abilitante all'insegnamento**

Denominazione titolo: _____

Università: _____

anno accademico di conseguimento: _____,

Estremi del provvedimento di riconoscimento: _____

Il/la sottoscritto/a, inoltre,

DICHIARA

di aver sostenuto le seguenti attività didattiche all'interno del/dei percorso/i precedentemente selezionato/i:

*(N.B.: vanno indicati gli esami sostenuti e **regolarmente registrati**; nel caso si fossero sostenuti moduli di esami integrati, questi ultimi non potranno essere inseriti)*

Titolo conseguito : _____ Sede Amm.: _____				
A.A. di conseguimento titolo: _____				
Denominazione esame	Data esame	Voto	CFU	NOTE

Titolo conseguito : _____ Sede Amm.: _____				
A.A. di conseguimento titolo: _____				
Denominazione esame	Data esame	Voto	CFU	NOTE

TOTALE GIORNI DI SERVIZIO			

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

(Firma dell'interessato)