

# Università degli studi Magna Graecia di Catanzaro

## Corso di Specializzazione per il Sostegno

### SCUOLA DELL'INFANZIA

**MOD. A**

**Titoli Professionali**

<b>Codice Fiscale</b>							
<b>Cognome e Nome</b>							
<b>Nat_ il</b>		<b>a</b>				<b>Prov.</b>	
<b>Residente a</b>						<b>Prov.</b>	
<b>In via</b>							
<b>n.</b>		<b>cap</b>					
<b>E_mail</b>						<b>Cell.</b>	

Ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole altresì che le dichiarazioni mendaci, in applicazione dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che comunque comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

#### DICHIARA

di essere in possesso dei titoli professionali valutabili ai fini della graduatoria finale, ai sensi dell'art. 6, comma 8, del D.M. 30 settembre 2011, di seguito elencati:

#### TITOLI PROFESSIONALI – SERVIZIO

A. Servizio di insegnamento prestato, entro i termini di scadenza del presente Bando, nelle istituzioni del sistema nazionale dell'istruzione, statali e paritarie, per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità **NEL GRADO DI SCUOLA PRIMARIA PER IL QUALE SI INTENDE CONSEGUIRE LA SPECIALIZZAZIONE:**

<b>Nr. complessivo giorni di servizio</b>	
---	--

Prestato presso le seguenti Istituzioni scolastiche

<b>1. Denominazione dell'Istituto</b>							
<b>Sito nel comune di</b>						<b>Prov.</b>	
<b>In via</b>							
<b>n.</b>		<b>cap</b>					
<b>Codice Istituto</b>							
<b>Nel periodo compreso dal</b>						<b>al</b>	
<b>Totale giorni</b>							

<b>2. Denominazione dell'Istituto</b>							
<b>Sito nel comune di</b>						<b>Prov.</b>	
<b>In via</b>							
<b>n.</b>		<b>cap</b>					
<b>Codice Istituto</b>							
<b>Nel periodo compreso dal</b>						<b>al</b>	
<b>Totale giorni</b>							

<b>3. Denominazione dell'Istituto</b>							
<b>Sito nel comune di</b>						<b>Prov.</b>	
<b>In via</b>							
<b>n.</b>		<b>cap</b>					
<b>Codice Istituto</b>							
<b>Nel periodo compreso dal</b>						<b>al</b>	
<b>Totale giorni</b>							

# Università degli studi Magna Graecia di Catanzaro

Corso di Specializzazione per il Sostegno A.A. 2025/2026

## SCUOLA DELL'INFANZIA

**MOD. A**

**Titoli Professionali**

<b>4. Denominazione dell'Istituto</b>					
Sito nel comune di			Prov.		
In via					
n.	cap				
Codice Istituto					
Nel periodo compreso dal			al		
Totale giorni					

<b>5. Denominazione dell'Istituto</b>					
Sito nel comune di			Prov.		
In via					
n.	cap				
Codice Istituto					
Nel periodo compreso dal			al		
Totale giorni					

**B. Servizio di insegnamento prestato, entro i termini di scadenza del presente Bando, nelle istituzioni del sistema nazionale dell'istruzione, statali e paritarie, per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità IN UN DIVERSO GRADO DALLA SCUOLA PRIMARIA PER IL QUALE SI INTENDE CONSEGUIRE LA SPECIALIZZAZIONE:**

Nr. complessivo giorni di servizio	
------------------------------------	--

Prestato presso le seguenti Istituzioni scolastiche

<b>6. Denominazione dell'Istituto</b>					
Sito nel comune di			Prov.		
In via					
n.	cap				
Codice Istituto					
Nel periodo compreso dal			al		
Totale giorni					

<b>7. Denominazione dell'Istituto</b>					
Sito nel comune di			Prov.		
In via					
n.	cap				
Codice Istituto					
Nel periodo compreso dal			al		
Totale giorni					

**Università degli studi Magna Graecia di Catanzaro**  
**Corso di Specializzazione per il Sostegno A.A. 2025/2026**  
**SCUOLA DELL'INFANZIA**

**MOD. A**

**Titoli Professionali**

<b>8. Denominazione dell'Istituto</b>							
<b>Sito nel comune di</b>						<b>Prov.</b>	
<b>In via</b>							
<b>n.</b>			<b>cap</b>				
<b>Codice Istituto</b>							
<b>Nel periodo compreso dal</b>						<b>al</b>	
<b>Totale giorni</b>							

<b>9. Denominazione dell'Istituto</b>							
<b>Sito nel comune di</b>						<b>Prov.</b>	
<b>In via</b>							
<b>n.</b>			<b>cap</b>				
<b>Codice Istituto</b>							
<b>Nel periodo compreso dal</b>						<b>al</b>	
<b>Totale giorni</b>							

<b>10. Denominazione dell'Istituto</b>							
<b>Sito nel comune di</b>						<b>Prov.</b>	
<b>In via</b>							
<b>n.</b>			<b>cap</b>				
<b>Codice Istituto</b>							
<b>Nel periodo compreso dal</b>						<b>al</b>	
<b>Totale giorni</b>							

Il sottoscritto dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del D.LGS 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)". Dichiara, infine, di essere a conoscenza che i dati personali, conferiti all'UMG per il tramite del presente modello, saranno trattati per le sole finalità istituzionali legati alla presente procedura, in conformità alle previsioni normative vigenti e sopra richiamate.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_