

Modulo di richiesta per la riduzione del carico didattico
P.A.S. Classe _____
ANNO ACCADEMICO 2013/2014

Dichiarazione sostitutiva di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000

Al Presidente del Consiglio di Pas

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 46; 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.
- I dati richiesti nel presente modulo di autocertificazione sono acquisiti ai sensi dell'art. 16 in quanto strettamente funzionali all'espletamento della presente procedura di selezione e assumono il carattere di riservatezza previsto dal Decreto Legislativo del 30/06/2003, n. 196.

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____
residente in via _____ Comune _____ (____)
codice fiscale: _____

CHIEDO

la riduzione del carico didattico, ai sensi dell'art.3, comma 4, del Decreto Dipartimentale n. 45 del 22 novembre 2013, e, a tal fine,

DICHIARO

di essere in possesso dei titoli culturali di seguito elencati:

Dottorato di Ricerca inerente la disciplina oggetto del Percorso Abilitante Speciale
prescelto

Titolo del Dottorato: _____

Data di conseguimento: ____/____/____

Presso Università: _____

Breve descrizione dei contenuti del dottorato

Al fine di consentire al Settore Formazione Post Laurea dell'Università degli Studi di Parma di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell'Ufficio responsabile dell'Ateneo, presso il cui Dottorato si era iscritti, ove si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo (senza l'inserimento dei dati relativi all'Ufficio responsabile, ex art. 15, comma 1 - punto e), della Legge n.183 del 12 novembre 2011, il presente modulo di autocertificazione si considera incompleto):

denominazione della Segreteria competente: _____
nr. di telefono: _____ e-mail: _____

Master universitario inerente la disciplina oggetto del Percorso Abilitante Speciale
prescelto

Titolo del Master: _____

Data di conseguimento: ___/___/____

Presso Università: _____

Breve descrizione dei contenuti del Master

Al fine di consentire al Settore Formazione Post Laurea dell'Università degli Studi di Parma di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell'Ufficio responsabile dell'Ateneo, presso il cui Master si era iscritti, ove si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo (senza l'inserimento dei dati relativi all'Ufficio responsabile, ex art. 15, comma 1 - punto e), della Legge n.183 del 12 novembre 2011, il presente modulo di autocertificazione si considera incompleto):

denominazione della Segreteria competente: _____

nr. di telefono: _____ e-mail: _____

Corso di perfezionamento universitario (di durata almeno annuale) inerente la
disciplina oggetto del Percorso Abilitante Speciale prescelto

Titolo del corso: _____

Data di conseguimento: ___/___/____

Presso Università: _____

Breve descrizione dei contenuti del corso

Al fine di consentire al Settore Formazione Post Laurea dell'Università degli Studi di Parma di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell'Ufficio responsabile dell'Ateneo, presso il cui Corso di Perfezionamento si era iscritti, ove si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo (senza l'inserimento dei dati relativi all'Ufficio responsabile, ex art. 15, comma 1 - punto e), della Legge n.183 del 12 novembre 2011, il presente modulo di autocertificazione si considera incompleto):

denominazione della Segreteria competente: _____

nr. di telefono: _____ e-mail: _____

Luogo e data

(Firma del candidato)

Dichiaro, inoltre, di essere informato, 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 del candidato)