



SCUOLA STATALE ITALIANA DI MADRID

Calle Agustín de Betancourt, 1 - 28003 MADRID

☎ 91.533.05.39 fax 91.534.58.36

✉ dsga@scuolaitalianamadrid.org

✉ amb.madrid.scuolaitaliana@cert.esteri.it

ALLEGATO N. 4

AUTODICHIARAZIONE TITOLI CULTURALI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI SELEZIONE DI DOCENTE DI SCIENZE MOTORIE (A49) A TEMPO INDETERMINATO (AVVISO PROT. 454/CT DEL 27/01/2021)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 4 e 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

In relazione a quanto dichiarato nel CV di essere in possesso dei seguenti titoli culturali:

TITOLO DI STUDIO: _____

RILASCIATO DA: _____

IN DATA: _____

DURATA DEL CORSO DI STUDI: _____

DAL _____ *AL* _____

TITOLO DI STUDIO: _____

RILASCIATO DA: _____

IN DATA: _____

DURATA DEL CORSO DI STUDI: _____

DAL _____ *AL* _____

TITOLO DI STUDIO: _____

RILASCIATO DA: _____

IN DATA: _____

DURATA DEL CORSO DI STUDI: _____

DAL _____ *AL* _____



SCUOLA STATALE ITALIANA DI MADRID

Calle Agustín de Betancourt, 1 - 28003 MADRID

☎ 91.533.05.39 fax 91.534.58.36

✉ dsga@scuolaitalianamadrid.org

✉ amb.madrid.scuolaitaliana@cert.esteri.it

TITOLO DI STUDIO: _____

RILASCIATO DA: _____

IN DATA: _____

DURATA DEL CORSO DI STUDI: _____

DAL _____ AL _____

TITOLO DI STUDIO: _____

RILASCIATO DA: _____

IN DATA: _____

DURATA DEL CORSO DI STUDI: _____

DAL _____ AL _____

TITOLO DI STUDIO: _____

RILASCIATO DA: _____

IN DATA: _____

DURATA DEL CORSO DI STUDI: _____

DAL _____ AL _____

TITOLO DI STUDIO: _____

RILASCIATO DA: _____

IN DATA: _____

DURATA DEL CORSO DI STUDI: _____

DAL _____ AL _____

TITOLO DI STUDIO: _____

RILASCIATO DA: _____

IN DATA: _____

DURATA DEL CORSO DI STUDI: _____

DAL _____ AL _____



SCUOLA STATALE ITALIANA DI MADRID

Calle Agustín de Betancourt, 1 - 28003 MADRID

☎ 91.533.05.39 fax 91.534.58.36

✉ dsga@scuolaitalianamadrid.org

✉ amb.madrid.scuolaitaliana@cert.esteri.it

TITOLO DI STUDIO: _____

RILASCIATO DA: _____

IN DATA: _____

DURATA DEL CORSO DI STUDI: _____

DAL _____ AL _____

TITOLO DI STUDIO: _____

RILASCIATO DA: _____

IN DATA: _____

DURATA DEL CORSO DI STUDI: _____

DAL _____ AL _____

TITOLO DI STUDIO: _____

RILASCIATO DA: _____

IN DATA: _____

DURATA DEL CORSO DI STUDI: _____

DAL _____ AL _____

(luogo, data)

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Informativa ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 (Codice sulla Privacy): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo

Data

Firma
