



DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA' (D.P.R.445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____, codice fiscale _____,
nato/a a _____ (____) il _____,
residente a _____ in via/piazza _____,
telefono _____,

consapevole che ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza della candidatura e/o dell'incarico sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti auto-valutati secondo la seguente tabella:

	<i>indicare l'esperienza in anni</i>
Esperienza Professionale coerente con le attività proposte (vanno considerate le esperienze professionali non di docenza)	
Esperienza Didattica coerente con le attività proposte	

DATA

FIRMA

(allegare fotocopia del documento di identità)

Ai sensi del D. L.vo 196 del 30.06.2003, i dati personali forniti dal sottoscritto dovranno essere trattati, dall'INFAOP per le finalità connesse alla valutazione della candidatura e all'eventuale contrattualizzazione, per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza. Mi riservo la facoltà di esercitare in qualunque momento i diritti di cui all'art. 13 della legge stessa.

DATA

FIRMA
