



Università degli Studi "G. d'Annunzio"
CHIETI-PESCARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(da inviare in PDF alla PEC di Ateneo: ateneo@pec.unich.it)

**PERCORSI DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE PER IL
SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA E
PRIMARIA E DELLA SCUOLA SECONDARIA DI I E II GRADO - A.A. 2024/2025 – X CICLO**

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi
"G. D'Annunzio" di **Chieti – Pescara**

Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome nato/a a
..... (Prov.) il
Codice fiscale cittadinanza
Nazione (solo in caso di aspiranti stranieri)
residente a Prov.
via n. cap
domicilio (indicare solo se diverso dalla residenza)
..... Prov.
via n. cap
tel. cell.
PEC
e-mail

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, nonché della decadenza dal beneficio eventualmente conseguito per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75, 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

D I C H I A R A¹
sotto la propria responsabilità

PER IL SEGUENTE PERCORSO DI FORMAZIONE

- ☐ **Sostegno scuola dell'infanzia**
- ☐ **Sostegno scuola primaria**
- ☐ **Sostegno scuola secondaria di I grado**
- ☐ **Sostegno scuola secondaria di II grado**

di essere in possesso, alla data della scadenza del Bando di ammissione, dei seguenti titoli culturali e professionali valutabili:

¹ Le dichiarazioni di cui al presente modulo, se correttamente rese, hanno valore di autocertificazione (ai sensi del DPR n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni) del titolo posseduto quale requisito di ammissione e dei titoli valutabili. N.B. Chi si iscrive a più percorsi è tenuto a compilare più moduli B avendo cura di inserire tra i titoli valutabili solo quelli ulteriori rispetto ai requisiti per l'accesso previsti per lo specifico percorso.

TITOLI DI STUDIO (ULTERIORI RISPETTO AI TITOLI DI ACCESSO) → MAX 6 PUNTI

- ☐ **laurea triennale ex D.M. 509/99** in
classe conseguita in data presso l'Università degli
Studi di
- ☐ **laurea triennale ex D.M. 270/04** in
classe conseguita in data presso l'Università degli
Studi di
- ☐ **laurea specialistica ex D.M. 509/99** in
classe conseguita in data presso l'Università degli
Studi di
- ☐ **laurea magistrale ex D.M. 270/04** in
classe conseguita in data presso l'Università degli
Studi di
- ☐ **laurea V.O.** previgente al D.M. n. 509/99 in
.....conseguita in data
presso l'Università degli Studi di
- ☐ **dottorato di Ricerca** in
.....conseguito in data
presso l'Università degli Studi di
- ☐ **specializzazione Universitaria** in
.....conseguita in data
presso l'Università degli Studi di
- ☐ **master universitario di I livello (corrispondente a 60 CFU)** in
.....
conseguito in datapresso l'Università degli Studi di
.....
- ☐ **master universitario di II livello (corrispondente a 60 CFU)** in
.....
conseguito in data presso l'Università degli Studi di
.....

- ☐ **diploma Corso di Perfezionamento universitario (con numero di CFU non inferiore a 30)** in conseguito
in data presso l'Università degli Studi di
.....

TITOLI DI SERVIZIO → MAX 4 PUNTI

Il computo delle annualità di servizio ai fini della valutazione dei titoli di servizio deve essere effettuato ai sensi dell'articolo 11, comma 14, della legge 3 maggio 1999, n. 24

- ☐ Servizio di insegnamento **su posto di sostegno nel grado di scuola** per cui si intende conseguire la specializzazione

(1,00 punto per ogni anno di servizio o 180 giorni nello stesso anno)

ISTITUTO SCOLASTICO <i>(obbligatorio: denominazione, indirizzo completo e codice istituto)</i>	E-MAIL DELL'ISTITUTO <i>(obbligatorio)</i>	GRADO DI SCUOLA <i>(obbligatorio)</i>	DATA INIZIO E FINE PERIODO SERVIZIO <i>(obbligatorio)</i>	NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI IN SERVIZIO <i>(obbligatorio)</i>

- ☐ Servizio di insegnamento **su posto di sostegno in un grado di scuola diverso** da quello per cui si intende conseguire la specializzazione

(0,50 punti per ogni anno di servizio o 180 giorni nello stesso anno)

ISTITUTO SCOLASTICO <i>(obbligatorio: denominazione, indirizzo completo e codice istituto)</i>	E-MAIL DELL'ISTITUTO <i>(obbligatorio)</i>	GRADO DI SCUOLA <i>(obbligatorio)</i>	DATA INIZIO E FINE PERIODO SERVIZIO <i>(obbligatorio)</i>	NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI IN SERVIZIO <i>(obbligatorio)</i>

- ☐ Servizio di insegnamento in **discipline diverse dal sostegno**, nello **stesso grado di scuola** per cui si intende conseguire la specializzazione (0,20 punti per ogni anno di servizio o 180 giorni nello stesso anno)

ISTITUTO SCOLASTICO (obbligatorio: denominazione, indirizzo completo e codice istituto)	E-MAIL DELL'ISTITUTO (obbligatorio)	GRADO DI SCUOLA (obbligatorio)	DATA INIZIO E FINE PERIODO SERVIZIO (obbligatorio)	NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI IN SERVIZIO (obbligatorio)

- ☐ Servizio di insegnamento in **discipline diverse dal sostegno**, in un **grado di scuola diverso** da quello per cui si intende conseguire la specializzazione (0,10 punti per ogni anno di servizio o 180 giorni nello stesso anno)

ISTITUTO SCOLASTICO (obbligatorio: denominazione, indirizzo completo e codice istituto)	E-MAIL DELL'ISTITUTO (obbligatorio)	GRADO DI SCUOLA (obbligatorio)	DATA INIZIO E FINE PERIODO SERVIZIO (obbligatorio)	NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI IN SERVIZIO (obbligatorio)

Tutte le informazioni relative al Corso di interesse saranno rese note con avviso reso pubblico sul sito internet www.unich.it, alla sezione Albo Pretorio On-Line e al link:
<https://www.unich.it/didattica/post-lauream/formazione-insegnanti/tfa-sostegno-x-ciclo-aa-20242025>

Tale pubblicazione sostituisce tutte le forme di comunicazione scritta al domicilio o residenza degli aventi diritto. Il partecipante dichiara di impegnarsi ad assumere ogni informazione utile allo svolgimento del Corso stesso, esonerando l'Università per tutti gli aspetti connessi con la omessa o parziale conoscenza di tali informazioni per qualunque titolo, ragione o causa.
Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o recapito.

ALLEGA

- ☐ fotocopia fronte/retro di un documento di identità personale in corso di validità (carta di identità o passaporto, comprensivi del numero di documento, data e luogo del rilascio).

N.B. la modulistica incompleta non verrà accettata.

.....
(luogo e data)

.....
Firma leggibile (Il/La dichiarante)
(Firma obbligatoria per tutte le dichiarazioni rese)

PRESA VISIONE TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a

dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) – GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016 e delle Linee Guida CODAU in materia di privacy e protezione dei dati personali in ambito universitario adottate e fatte proprie dall'Ateneo con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 119/2018 Prot. n. 26014 e del D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018, recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento EU 679/2016 (GDPR), reperibili sul Portale di Ateneo all'indirizzo www.unich.it/privacy

.....
(luogo e data)

.....
Firma leggibile
(Firma obbligatoria)