

(il presente modello va presentato per intero anche se non vengono compilate determinate dichiarazioni)

Allegato alla domanda di partecipazione all'avviso di disponibilità di posti ai fini dell'iscrizione al Corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità

a.a. 2023/24

IX CICLO

autocertificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Termine ultimo di trasmissione¹ del presente modello: 17 Settembre 2024 ore 13.30

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia,
via dell'Università, 4
41121 MODENA

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 47; 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.

Io sottoscritta/o _____
nata/o a _____ (____) il ____ / ____ / ____
residente in via _____ Comune _____ (____)
domiciliato in (se diverso da residenza) via _____ Comune _____ (____)
telefono _____ cell. _____ e-mail _____

¹ Il presente modulo deve essere inserito in Esse3 secondo la procedura informatica prevista all'art. 3 del bando.

codice fiscale: _____

avendo prodotto domanda di partecipazione alla selezione “Avviso di disponibilità di posti ai fini dell’iscrizione al Corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità” IX ciclo, a.a. 2023/24 per il

- percorso SCUOLA PRIMARIA
 percorso SCUOLA SECONDARIA I GRADO
 percorso SCUOLA SECONDARIA II GRADO

DICHIARO

di essere in possesso del requisito previsto per l’ammissione di cui all’art. 2 dell’avviso ovvero:

di essere risultato idoneo nella procedura per il percorso suindicato presso l’Università di _____, a.a. **2023/24 IX CICLO** collocato in graduatoria alla posizione _____ conseguendo il seguente punteggio nelle singole prove:

- PROVA SCRITTA PUNTI _____ /30
- PROVA ORALE PUNTI _____ /30

Data e numero del provvedimento di approvazione degli atti presso l’Università di provenienza _____ / _____ / _____ n. _____ (dato obbligatorio da reperire presso l’Università dove sono state svolte le prove selettive).

Al fine di consentire all’Uff. Formazione Insegnanti dell’Università di Modena e Reggio Emilia di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell’Ufficio responsabile dell’Ateneo presso il quale si sono sostenute le prove di accesso, ove si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo:

- denominazione dell’Ufficio competente: _____
- n. di telefono: _____
- e-mail: _____ - posta elettronica certificata (PEC): _____

DICHIARO INOLTRE

di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili ai sensi dell’art. 4 dell’avviso, di seguito elencati:

ATTENZIONE I TITOLI DEVONO ESSERE STATI CONSEGUITI ENTRO IL 2 MAGGIO 2024

TITOLI PROFESSIONALI

Collaborazioni professionali nell’ambito dell’educazione speciale e/o della disabilità presso enti/istituti (non rientrano in tale tipologia il servizio d’insegnamento sul sostegno e in linea generale i contratti di lavoro alle dipendenze di enti/istituti)

ATTENZIONE: È necessario compilare tutte le voci previste. La mancata compilazione anche di uno solo dei campi non consentirà la valutazione del titolo.

Ente/Istituto _____

Comune _____ Provincia _____
via/piazza _____
e-mail dell'ente/istituto _____

tipologia di contratto (*collaborazione libero/professionale, collaborazione coordinata e continuativa, collaborazione occasionale*) _____

attività svolta (indicare l'attività per cui è stato conferito l'incarico) _____

contratto dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___

Ente/Istituto _____

Comune _____ Provincia _____

via/piazza _____

e-mail dell'ente/istituto _____

tipologia di contratto (*collaborazione libero/professionale, collaborazione coordinata e continuativa, collaborazione occasionale*) _____

attività svolta (indicare l'attività per cui è stato conferito l'incarico) _____

contratto dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___

etc. (È POSSIBILE AGGIUNGERE ULTERIORI EVENTUALI COLLABORAZIONI)

Al fine di consentire all'Ufficio Formazione Insegnanti di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell'Ufficio responsabile (per ciascun istituto/ente sopra menzionato) presso il quale si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo:

- denominazione dell'Ufficio competente: _____
- n. di telefono: _____
- e-mail: _____ posta elettronica certificata (PEC): _____

TITOLI CULTURALI

• Dottorato di Ricerca in area pedagogica con tesi su argomenti specifici di pedagogia speciale

Denominazione del Dottorato _____

Data di conseguimento ___ / ___ / ___

Presso Università _____

Titolo della tesi _____

Settore scientifico disciplinare di afferenza della tesi _____

Al fine di consentire all'Ufficio Formazione Insegnanti 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:

- denominazione dell'Ufficio competente: _____
- n. di telefono: _____

- e-mail: _____ posta elettronica certificata (PEC): _____

• **Dottorato di Ricerca** in area pedagogica o psicologica

Denominazione del Dottorato _____

Data di conseguimento ___/___/___

Presso Università _____

Titolo della tesi _____

Settore scientifico disciplinare di afferenza della tesi _____

Al fine di consentire all'Ufficio Formazione Insegnanti 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:

- denominazione dell'Ufficio competente: _____

- n. di telefono: _____

- e-mail: _____ posta elettronica certificata (PEC): _____

• **Titolo di studio UNIVERSITARIO di almeno 60 CFU, contenente almeno 25 CFU riferiti esplicitamente al settore disciplinare M-PED/03 (didattica e pedagogia speciale) diverso rispetto al titolo di studio utilizzato per l'accesso alla procedura presso l'Ateneo di provenienza:**

ATTENZIONE: È necessario compilare tutte le voci previste. La mancata compilazione anche di uno solo dei campi non consentirà la valutazione del titolo.

I. denominazione del titolo _____

data di conseguimento: ___/___/___

presso Università _____

CFU totali conseguiti _____

Esami del piano di studi del titolo da cui si evince il possesso di almeno 25 CFU riferiti esplicitamente al SSS M-PED/03 (didattica e pedagogia speciale):

1. denominazione insegnamento _____

_____ (indicare la denominazione completa)

data di svolgimento del relativo esame _____

superato con voto ___/30, **n. CFU/CFA** _____ **SSD** _____

2. denominazione insegnamento _____

_____ (indicare la denominazione completa)

data di svolgimento del relativo esame _____

superato con voto ___/30, **n. CFU/CFA** _____ **SSD** _____

ecc.

ATTENZIONE: In alternativa all'indicazione degli esami di cui sopra potrà essere allegata copia/autocertificazione del titolo di studio da cui si evince il dettaglio degli esami con il relativo SSD (M-PED/03) e CFU (almeno 25 CFU) RILASCIATA DAI SISTEMI INFORMATIVI DELL'ATENEO. Non verranno presi in considerazione esami non espressi in CFU ovvero copia di certificazione priva di tutti gli elementi suindicati.

ATTENZIONE: È necessario compilare tutte le voci previste. La mancata compilazione anche di uno solo dei campi non consentirà la valutazione del titolo.

II. denominazione del titolo _____
data di conseguimento: ___/___/___
presso Università _____
CFU totali conseguiti _____

Esami del piano di studi del titolo da cui si evince il possesso di almeno 25 CFU riferiti esplicitamente al SSS M-PED/03 (didattica e pedagogia speciale):

1. denominazione insegnamento _____
_____ (indicare la denominazione completa)

data di svolgimento del relativo esame _____
superato con voto ___/30, **n. CFU/CFA** _____ **SSD** _____

2. denominazione insegnamento _____
_____ (indicare la denominazione completa)

data di svolgimento del relativo esame _____
superato con voto ___/30, **n. CFU/CFA** _____ **SSD** _____

ecc.

ATTENZIONE: In alternativa all'indicazione degli esami di cui sopra potrà essere allegata copia del titolo di studio da cui si evince il dettaglio degli esami con il relativo SSD (M-PED/03) e CFU (almeno 25 CFU) RILASCIATA DAI SISTEMI INFORMATIVI DELL'ATENEO. Non verranno presi in considerazione esami non espressi in CFU ovvero copia di certificazione priva di tutti gli elementi suindicati.

etc.

Al fine di consentire all'Ufficio Formazione Insegnanti di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell'Ufficio responsabile dell'ateneo presso il cui corso si era iscritti, ove si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo:

denominazione della Segreteria competente: _____

n. di telefono: _____

e-mail: _____ posta elettronica certificata (PEC): _____

• **Pubblicazioni** con ISBN o ISSN attinenti alla specializzazione per le attività di sostegno

I. Titolo della pubblicazione _____
Editore _____
Autore/Coautori _____
Anno _____

II. Titolo della pubblicazione _____
Editore _____
Autore/Coautori _____
Anno _____

etc.

Dichiaro che le **eventuali copie** delle **pubblicazioni** e/o della **tesi di dottorato**, che consegnerò presso l'Ufficio Formazione Insegnanti **entro il 17 Settembre 2024 ore 13.30, (V. orario di ricevimento al pubblico art. 13 del bando)**, secondo le modalità indicate dall'art. 4, punto b) del bando, sono conformi all'originale.

DICHIARO INOLTRE

Ai fini della graduatoria per la definizione di eventuali pari merito, di aver prestato **servizio di insegnamento sul sostegno (da considerare fino alla data del 2 Maggio 2024)** nelle seguenti scuole:

1. Istituto scolastico _____ nome del plesso _____
_____ ordine di scuola (infanzia, primaria, sec. I grado, sec. II grado) _____
codice istituto/plesso: _____
Comune _____
Provincia _____
via/piazza _____
e-mail dell'istituto: _____
Periodo, per l'area didattica del sostegno, dal ___/___/___ **al** ___/___/___

2. Istituto scolastico _____ nome del plesso _____
_____ ordine di scuola (infanzia, primaria, sec. I grado, sec. II grado) _____
codice istituto/plesso: _____
Comune _____ Provincia _____
via/piazza _____
e-mail dell'istituto: _____
Periodo, per l'area didattica del sostegno, dal ___/___/___ **al** ___/___/___

etc. ... (È POSSIBILE AGGIUNGERE ULTERIORE EVENTUALE SERVIZIO D'INSEGNAMENTO PER L'AREA DIDATTICA DEL SOSTEGNO)

Al fine di consentire all'Ufficio Formazione Insegnanti di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell'Ufficio responsabile (per ciascuna istituzione scolastica sopra menzionata) e/o della struttura

amministrativa (ad esempio l'Ufficio Scolastico Provinciale), presso la quale si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo:

- denominazione della Segreteria competente: _____
- n. di telefono: _____
- e-mail: _____ - posta elettronica certificata (PEC): _____

Al fine di consentire all'Ufficio Formazione Insegnanti di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell'Ufficio responsabile (per ciascuna istituzione scolastica sopra menzionata) e/o della struttura amministrativa (ad esempio l'Ufficio Scolastico Provinciale), presso la quale si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo:

- denominazione della Segreteria competente: _____
- n. di telefono: _____
- e-mail: _____ - posta elettronica certificata (PEC): _____

ecc.

DICHIARO INOLTRE

al fine di essere esonerato dai relativi insegnamenti, ai sensi dell'art. 9 del presente bando, di essere in possesso del seguente **TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE SUL SOSTEGNO OVVERO DI AVER SOSPESO IL CORSO (barrare la voce d'interesse)**

- Specializzazione per il sostegno didattico agli alunni con disabilità*, titolo conseguito ai sensi del DM Sostegno in data _____ nell'anno accademico _____ presso l'Università _____ per il seguente grado di istruzione:
- Scuola dell'Infanzia
 - Scuola Primaria
 - Scuola Secondaria di I grado
 - Scuola Secondaria di II grado

- di aver sospeso il Corso di specializzazione sul Sostegno per il seguente grado d'istruzione _____ nell'a.a. _____ presso l'Università _____ e di aver sostenuto gli esami sottoriportati.

CHIEDO

pertanto, il riconoscimento dei crediti già acquisiti in occasione del suddetto corso di specializzazione sul sostegno. A tal fine,

Dichiaro di aver sostenuto i seguenti esami²:

1. Area _____
SSD _____
Ambito disciplinare _____
Insegnamento _____

² Per la descrizione degli esami sostenuti i candidati devono fare riferimento agli Insegnamenti riportati nella Tabella di cui all'Allegato B del [D.M. 30 settembre 2011](#).

n. CFU _____
sostenuto in data _____, superato con voto __/30;

2. Area _____
SSD _____
Ambito disciplinare _____
Insegnamento _____
n. CFU _____
sostenuto in data _____, superato con voto __/30;

3. Area _____
SSD _____
Ambito disciplinare _____
Insegnamento _____
n. CFU _____
sostenuto in data _____, superato con voto __/30;

etc. ... (È POSSIBILE AGGIUNGERE ULTERIORI EVENTUALI INSEGNAMENTI ACQUISITI IN OCCASIONE DI ALTRO CORSO SOSTEGNO)

Al fine di consentire all'Uff. Formazione insegnanti dell'Università di Modena e Reggio Emilia di effettuare le necessarie verifiche, indicare i seguenti estremi dell'**Ufficio responsabile** dell'Ateneo, presso il cui corso si era iscritti, ove si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo

- denominazione dell'Ufficio competente: _____

- n. di telefono: _____

- e-mail: _____ - posta elettronica certificata (PEC): _____

Dichiaro di aver preso visione dell'avviso di selezione e successive modifiche/integrazioni (eventuali) a cui si riferisce il presente allegato.

SI ALLEGA AL PRESENTE MODELLO:

➤ fotocopia, debitamente firmata, di un documento d'identità in corso di validità.

Il dichiarante³

Data, _____

(firma)

¹ La dichiarazione dovrà essere sottoscritta con firma autografa (sottoscrizione di proprio pugno). Alla dichiarazione dovrà essere allegata copia di documento d'identità in corso di validità.

