



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. 5

AUTODICHIARAZIONE TITOLI PROFESSIONALI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI SELEZIONE DI DOCENTE DI SCIENZE MOTORIE E SPORTIVE (A49) A TEMPO INDETERMINATO (AVVISO PROT. 1905/CT DEL 11/05/2021)

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 professionali:
aver prestato servizio:

IMPRESA/ENTE/SCUOLA: _____

TIPO DI SERVIZIO: _____

SERVIZIO PRESTATO: _____

DAL _____ AL _____ ovvero complessivo per giorni n. _____

IMPRESA/ENTE/SCUOLA: _____

TIPO DI SERVIZIO: _____

SERVIZIO PRESTATO: _____

DAL _____ AL _____ ovvero complessivo per giorni n. _____

IMPRESA/ENTE/SCUOLA: _____

TIPO DI SERVIZIO: _____

SERVIZIO PRESTATO: _____

DAL _____ AL _____ ovvero complessivo per giorni n. _____

IMPRESA/ENTE/SCUOLA: _____

TIPO DI SERVIZIO: _____

SERVIZIO PRESTATO: _____

DAL _____ AL _____ ovvero complessivo per giorni n. _____



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

IMPRESA/ENTE/SCUOLA: _____

TIPO DI SERVIZIO: _____

SERVIZIO PRESTATO: _____

DAL _____ AL _____ ovvero complessivo per giorni n. _____

IMPRESA/ENTE/SCUOLA: _____

TIPO DI SERVIZIO: _____

SERVIZIO PRESTATO: _____

DAL _____ AL _____ ovvero complessivo per giorni n. _____

IMPRESA/ENTE/SCUOLA: _____

TIPO DI SERVIZIO: _____

SERVIZIO PRESTATO: _____

DAL _____ AL _____ ovvero complessivo per giorni n. _____

IMPRESA/ENTE/SCUOLA: _____

TIPO DI SERVIZIO: _____

SERVIZIO PRESTATO: _____

DAL _____ AL _____ ovvero complessivo per giorni n. _____

IMPRESA/ENTE/SCUOLA: _____

TIPO DI SERVIZIO: _____

SERVIZIO PRESTATO: _____

DAL _____ AL _____ ovvero complessivo per giorni n. _____

IMPRESA/ENTE/SCUOLA: _____

TIPO DI SERVIZIO: _____

SERVIZIO PRESTATO: _____

DAL _____ AL _____ ovvero complessivo per giorni n. _____



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

IMPRESA/ENTE/SCUOLA: _____

TIPO DI SERVIZIO: _____

SERVIZIO PRESTATO: _____

DAL _____ AL _____ ovvero complessivo per giorni n. _____

(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
