



BANDO DI SELEZIONE PER L'ACCESSO AL CORSO DI FORMAZIONE
PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO DIDATTICO
AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ a.a.2021/22
AI SENSI DEGLI ARTICOLI 5 E 13 DEL DECRETO 10 SETTEMBRE 2010 N. 249

**SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO
ALLEGATO A
(OBBLIGATORIO)**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Io sottoscritt__ Cognome Nome

nat_ a il
(comune) (provincia)

cod. fiscale cittadinanza

residente a in Via n.,
(comune) (cap) (provincia)

telefono..... e-mail.....

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

DICHIARO:

- che la copia del documento di identità allegata alla presente è conforme all'originale;
- di possedere i requisiti richiesti dalla normativa vigente e dal bando di selezione;
- di essere in possesso dei requisiti di accesso alla seguente classe di insegnamento per la scuola secondaria di II grado (D.P.R.19/2016 e DM259/2017):

CLASSE _____

- di essere in possesso, alla data di scadenza del bando, del seguente Titolo di Laurea:

Titolo di laurea (di accesso alla classe di concorso) _____

Data di conseguimento _____ Voto/Punteggio _____

Università/Istituto/Ente presso cui il titolo è stato conseguito _____

Dati dell' Università/Istituto/Ente presso cui reperire conferma del suddetto titolo:

Telefono: _____ e-mail: _____ pec: _____

- di essere in possesso, alla data di scadenza del bando, del seguente titolo di scuola secondaria superiore:

Tipo di titolo (es. maturità scientifica, maturità tecnica agraria, ...)

Data di conseguimento _____ Voto/Punteggio _____

Istituto presso cui il titolo è stato conseguito _____

Indirizzo: _____

Dati dell'Istituto presso cui reperire conferma del suddetto titolo:

Telefono: _____ e-mail: _____ pec: _____

- di essere in possesso, alla data di scadenza del bando, del seguente Titolo di accesso (barrare 1 SOLA opzione corrispondente al titolo di accesso):

- TFA
- PAS
- SSIS
- COBASILD



5. Concorso per titoli ed esami indetto con DDG 82/2012 (esclusivamente all'atto della costituzione del rapporto di lavoro indeterminato)
6. Concorsi per titoli ed esami indetti antecedentemente al DDG 82/2012
7. Sessioni riservate di abilitazione (D.M. 85/2005, D.M.21/2005, O.M. 153/1999, O.M.33/2000, ecc.)
8. Titolo professionale conseguito all'estero e riconosciuto abilitante all'insegnamento con apposito Decreto del Ministro dell'Istruzione
9. Titolo di accesso ad una delle classi di concorso del relativo grado e certificazione/attestazione dei 24 CFU in discipline antropo-psico-pedagogiche ed in metodologie e tecnologie didattiche (c.1 e c.2 dell' art. 5 del D. Lgs. n.59 del 13/04/2017)
10. Diploma di insegnante tecnico-pratico ex D.P.R n. 19/2016
11. Altro titolo (qualsiasi altro titolo non espressamente indicato nelle opzioni precedenti)
-
-

• **Per i titoli di accesso indicati ai punti 1, 2, 3, 4, 10, 11 indicare:**

Titolo _____
Data di conseguimento _____ Voto/Punteggio _____
Università/Istituto/Ente presso cui il titolo è stato conseguito _____
Dati dell' Università/Istituto/Ente presso cui reperire conferma del suddetto titolo:
Telefono: _____ e-mail: _____ indirizzo: _____

• **Per i titoli di accesso indicati al punto 5 indicare:**

abilitazione all'insegnamento conseguita tramite DDG 82/2012
In servizio a tempo indeterminato dal: _____ presso la scuola _____
Indirizzo della scuola _____ telefono _____
mail _____
Ufficio Scolastico Regionale/Provinciale di competenza: _____

• **Per i titoli di accesso indicati al punto 6 indicare:**

Abilitazione all'insegnamento conseguita tramite _____
Normativa di riferimento (indicare il DM/OM/DDG di indizione del concorso): _____
_____ data del concorso _____
Al fine di consentire all'Amministrazione di effettuare le necessarie verifiche, indicare gli estremi dell'Ufficio responsabile, ove si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo : Denominazione dell' Amministrazione competente: _____
nr. di telefono: _____ e-mail: _____
posta elettronica certificata (pec): _____

• **Per i titoli di accesso indicati al punto 7 indicare:**

Denominazione titolo _____
Normativa di riferimento (indicare il DM/OM/DDG di indizione del concorso): _____
a.a. _____ data del concorso _____
presso: _____
Al fine di consentire all'Amministrazione di effettuare le necessarie verifiche, indicare gli estremi dell'Ufficio responsabile, ove si possano reperire i dati autocertificati nel presente modulo : Denominazione dell' Amministrazione competente: _____
nr. di telefono: _____ e-mail: _____
posta elettronica certificata (pec): _____



- Per i titoli di accesso indicati al punto 8, indicare:

Titolo _____

Data di conseguimento _____ Voto/Punteggio _____

Istituto presso cui il titolo è stato conseguito _____

Telefono ed email dell' Istituto _____

Decreto del Ministro dell'Istruzione di riconoscimento del titolo _____

Allegare la dichiarazione di riconoscimento

- Per i titoli di accesso indicati al punto 9 inserire, oltre al titolo di laurea sopra indicato:
 - **Per i 24 CFU previsti dal DM616/2017 allegare l'ATTESTAZIONE UNICA di conseguimento dei 24 crediti.** L'attestazione dovrà indicare l'Istituto presso il quale è stata conseguita, e dovrà inoltre riportare, per ciascun esame: Titolo dell'esame, Ambito, data, voto, SSD.
Inoltre il candidato dovrà autocertificare le classi di concorso alle quali i 24 cfu danno accesso nel caso non fossero già indicate.
 - **Chi presenta il titolo di accesso ad una delle classi di concorso per l'insegnamento che, come previsto ai sensi del DPR 19/16 e ss.mm.ii, prevede, oltre al titolo di studio, requisiti aggiuntivi, deve obbligatoriamente allegare autocertificazione degli insegnamenti, specificando crediti/annualità, settore scientifico disciplinare, votazione, data, Corso di Studio e Università/Istituto presso cui sono stati acquisiti detti requisiti.**

Requisiti aggiuntivi:

Università presso cui i requisiti sono stati conseguiti:.....

Corso di studio:.....

Esame	SSD	CFU	DATA	VOTO

Università presso cui i requisiti sono stati conseguiti:.....

Corso di studio:.....

Esame	SSD	CFU	DATA	VOTO

N.B. Per titoli conseguiti presso Istituti/Enti non statali non è possibile la presentazione di autocertificazioni.

ALLEGO LE AUTOCERTIFICAZIONI SCARICATE DAI SISTEMI INFORMATIVI DI ATENEO, COMPRENSIVE DEGLI ESAMI SOSTENUTI, VOTI, DATE E SSD DEI TITOLI DI:

- LAUREA TRIENNALE (se conseguita)
- LAURE MAGISTRALE/SPECIALISTICA/VECCHIO ORDINAMENTO
- EVENTUALI CORSI SINGOLI/MASTER/ALTRI CORSI NECESSARI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEI REQUISITI AGGIUNTIVI PER L'ACCESSO ALLA CLASSE DI INSEGNAMENTO INDICATA A PAG.1

Data _____

Firma _____



**BANDO DI SELEZIONE PER L'ACCESSO AL CORSO DI FORMAZIONE
PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO DIDATTICO
AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ a.a.-2021/2022
AI SENSI DEGLI ARTICOLI 5 E 13 DEL DECRETO 10 SETTEMBRE 2010 N. 249**

**SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO
ALLEGATO B**

(FACOLTATIVO: DA COMPILARE SOLO IN CASO DI POSSESSO DEI TITOLI VALUTABILI PREVISTI DAL BANDO)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Io sottoscritt__ Cognome Nome

nat_ a il

(comune) *(provincia)*

cod. fiscale cittadinanza

residente a in Via n.,

(comune) *(cap)* *(provincia)*

telefono..... e-mail.....

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

DICHIARO:

- di essere in possesso dei seguenti titoli professionali valutabili:

servizio di insegnamento **su sostegno**, prestato nelle istituzioni statali e paritarie del sistema scolastico nazionale maturato entro la data di scadenza del bando;

Scuole/Istituti presso cui è stato svolto il servizio:

Istituzione scolastica:	.....				
Grado:	<input type="checkbox"/> Infanzia	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secondaria I grado	<input type="checkbox"/> Secondaria II grado		
Indirizzo:	Via.....		Città.....		Tel.....	
email/pec	e-mail:.....			Pec:		
a.a.	...../.....	dal.....	al	n. giorni di servizio	.....
Istituzione scolastica:	.....				
Grado:	<input type="checkbox"/> Infanzia	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secondaria I grado	<input type="checkbox"/> Secondaria II grado		
Indirizzo:	Via.....		Città.....		Tel.....	
email/pec	e-mail:.....			Pec:		
a.a.	...../.....	dal.....	al	n. giorni di servizio	.....
Istituzione scolastica:	.....				
Grado:	<input type="checkbox"/> Infanzia	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secondaria I grado	<input type="checkbox"/> Secondaria II grado		
Indirizzo:	Via.....		Città.....		Tel.....	
email/pec	e-mail:.....			Pec:		



a.a.	...../.....	dal.....	al	n. giorni di servizio	.....
Istituzione scolastica:	.....			
Grado:	<input type="checkbox"/> Infanzia <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secondaria I grado <input type="checkbox"/> Secondaria II grado				
Indirizzo:	Via.....Città..... Tel.....				
email/pec	e-mail:.....		Pec:		
a.a.	...../.....	dal.....	al	n. giorni di servizio	.....
Istituzione scolastica:	.....			
Grado:	<input type="checkbox"/> Infanzia <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secondaria I grado <input type="checkbox"/> Secondaria II grado				
Indirizzo:	Via.....Città..... Tel.....				
email/pec	e-mail:.....		Pec:		
a.a.	...../.....	dal.....	al	n. giorni di servizio	.....
	Numero Totale di giorni di servizio (N.B. Periodi di servizio sovrapposti devono essere conteggiati una sola volta)				.....

- di essere in possesso dei seguenti titoli culturali valutabili:

Dottorato di ricerca in _____
 Data di conseguimento _____ Presso l'Università di _____
 Titolo della tesi _____

Settore scientifico disciplinare di afferenza della tesi _____
 Dati dell' Università presso cui reperire conferma del suddetto titolo:
 Telefono: _____ e-mail: _____ indirizzo: _____

Dottorato di ricerca in _____
 Data di conseguimento _____ Presso l'Università di _____
 Titolo della tesi _____

Settore scientifico disciplinare di afferenza della tesi _____
 Dati dell' Università presso cui reperire conferma del suddetto titolo:
 Telefono: _____ e-mail: _____ indirizzo: _____

Ulteriori titoli di laurea (indicare solo le lauree ulteriori rispetto ai titoli che danno accesso al bando di concorso, già indicati nell'allegato A, e attinenti alle tematiche del corso)

Titolo conseguito: _____
 Data di conseguimento _____ Voto/Punteggio _____
 Università presso cui il titolo è stato conseguito _____
 Dati dell' Università presso cui reperire conferma del suddetto titolo:
 Telefono: _____ e-mail: _____ indirizzo: _____

Titolo conseguito: _____
 Data di conseguimento _____ Voto/Punteggio _____
 Università presso cui il titolo è stato conseguito _____
 Dati dell' Università presso cui reperire conferma del suddetto titolo:
 Telefono: _____ e-mail: _____ indirizzo: _____



Altri titoli di studio universitario di **almeno 60 CFU**

Titolo di studio _____

Università presso cui è stato conseguito _____

Via _____ Città _____

Tel _____ email _____

Data conseguimento _____ Votazione _____ CFU conseguiti _____

Titolo di studio _____

Università presso cui è stato conseguito _____

Via _____ Città _____

Tel _____ email _____

Data conseguimento _____ Votazione _____ CFU conseguiti _____

Titolo di studio _____

Università presso cui è stato conseguito _____

Via _____ Città _____

Tel _____ email _____

Data conseguimento _____ Votazione _____ CFU conseguiti _____

Titolo di studio _____

Università presso cui è stato conseguito _____

Via _____ Città _____

Tel _____ email _____

Data conseguimento _____ Votazione _____ CFU conseguiti _____

Titolo di studio _____

Università presso cui è stato conseguito _____

Via _____ Città _____

Tel _____ email _____

Data conseguimento _____ Votazione _____ CFU conseguiti _____

Per i suddetti titoli allegare anche autocertificazione con esami sostenuti, SSD e votazioni riportate nei singoli esami, rilasciata dai sistemi informativi di Ateneo

Data _____

Firma _____



BANDO DI SELEZIONE PER L'ACCESSO AL CORSO DI FORMAZIONE
PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO DIDATTICO
AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ a.a.2021/2022
AI SENSI DEGLI ARTICOLI 5 E 13 DEL DECRETO 10 SETTEMBRE 2010 N. 249

**SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO
ALLEGATO C**

(FACOLTATIVO: DA COMPILARE SOLO IN CASO DI POSSESSO DEI REQUISITI
PER L'ACCESSO DIRETTO ALLE PROVE SCRITTE)

**DICHIARAZIONE DI DIRITTO DI ACCESSO DIRETTO ALLE PROVE SCRITTE
SENZA SOSTENERE IL TEST PRELIMINARE**

Ai sensi del comma 8 della legge 6 giugno 2020, n. 41

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Io sottoscritt__ Cognome Nome

nat_ a il
(comune) (provincia)

telefono..... e-mail..... ,

iscritto presso questo Ateneo alle prove di selezione per Corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità per la scuola secondaria di secondo grado

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

DICHIARO:

- 1) di essere in possesso, alla data di scadenza del presente bando, dei requisiti per l'accesso diretto alle prove scritte del "Corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità per la scuola secondaria di II grado", senza sostenere il test preliminare, ai sensi del comma 8 della legge 6 giugno 2020, n. 41.

In particolare dichiaro di avere svolto nei dieci anni scolastici precedenti, almeno tre annualità di servizio, anche non consecutive, valutabili come tali ai sensi dell'articolo 11, comma 14, della legge 3 maggio 1999, n. 124, **su posto di sostegno per la scuola secondaria di II grado**, come di seguito specificato:

Istituzione scolastica:	.....			
Indirizzo:	Via.....Città..... Tel..... Pec: Email:.....				
a.s.	...../.....	dal.....	al	n. giorni di servizio	.....
Istituzione scolastica:	.....			
Indirizzo:	Via.....Città..... Tel..... Pec:				



	Email:.....				
a.s.	...../.....	dal.....	al	n. giorni di servizio	.....
Istituzione scolastica:	.....			
Indirizzo:	Via.....Città..... Tel..... Pec: Email:.....				
a.s.	...../.....	dal.....	al	n. giorni di servizio	.....
Istituzione scolastica:	.....			
Indirizzo:	Via.....Città..... Tel..... Pec: Email:.....				
a.s.	...../.....	dal.....	al	n. giorni di servizio	.....
Istituzione scolastica:	.....			
Indirizzo:	Via.....Città..... Tel..... Pec: Email:.....				
a.s.	...../.....	dal.....	al	n. giorni di servizio	.....
Istituzione scolastica:	.....			
Indirizzo:	Via.....Città..... Tel..... Pec: Email:.....				
a.s.	...../.....	dal.....	al	n. giorni di servizio	.....
	Numero annualità di servizio su posto di sostegno per la scuola secondaria di II grado (N.B. Periodi di servizio sovrapposti devono essere conteggiati una sola volta)				.....

- 2) di essere consapevole di essere ammesso alle prove scritte, senza sostenere il test di preliminare, **con riserva**. L'Università può in ogni caso adottare in qualsiasi momento provvedimenti di esclusione o decadenza nei confronti di coloro che, a seguito di controlli effettuati sulle autocertificazioni rese, risultino sprovvisti dei requisiti dichiarati.

- 3) di non avere presentato presso altri Atenei istanza di partecipazione alla selezione per l'accesso al corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità per la scuola secondaria di II grado, per l'a.a.2021/2022.

Data _____

Firma _____