Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. “Ercole Patti” di Trecastagni (CT)

dott.ssa Francesca Amore

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto…………………………………………….........,, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (Artt. 75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa, art. 46 del D.P.R. 445/2000) e che questa Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulle dichiarazioni rese dai candidati

D I C H I A R A

* Di possedere la seguente cittadinanza ;
* Di essere in godimento dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza; Di non avere riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso nello Stato di appartenenza e in Italia;
* Di non essere stato destituito da Pubbliche Amministrazioni;
* Di essere di madrelingua inglese/francesce/spagnolo;
* Di essere iscritto alla seguente Cassa di Previdenza (dichiarazione richiesta solo ai lavoratori autonomi, in possesso di Partita IVA):…………………………..............................................

con sede in ……………………………………Via ;

* Di essere in regola con i versamenti contributivi (dichiarazione richiesta solo ai lavoratori autonomi, in possesso di Partita IVA). A tal proposito sono a conoscenza del fatto che l’I.C. “Ercole Patti” di Trecastagni (CT) provvederà direttamente a richiedere il D.U.R.C. all’Ente di Previdenza sia al momento della stipula del contratto che al momento del pagamento della relativa fattura (riferimento D.L. 185 del 29.11.2008).

**Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:**

Titolo di studio: Laurea in …………………………………………………………………………...

Conseguita presso l’Università di ………………………………………….…………………………

Anno di conseguimento ….............................................Votazione …………………………………

Titolo di studio: Diploma …………………………………………………………………………….

Conseguito presso ………………………………………………………………………………….

Anno di conseguimento ….............................................Votazione …………………………………

Titolo di Abilitazione …………………………………………………………………………………

Conseguito presso ……………………………………………………………………………………

Anno di conseguimento …………………………………………

Titolo di Specializzazione ……………………………………………………………………………

Conseguito presso ………………………………………………………………………………….

Anno di conseguimento ………………………………………..

Data,

Firma del dichiarante