

MODELLO "A"

Da compilare ove necessario e allegare alla domanda on-line in formato .pdf

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
ART. 46 DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445**

Il/la sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)

Nato/a a _____ (Prov.: _____) il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ai sensi dell'art. 6.d "Titoli professionali e/o formativi" del Bando di ammissione al Corso di Laurea Magistrale in Attività Motorie Preventive e Adattate dell'Università degli Studi di Roma "Foro Italico";

Avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per le false attestazioni e per le mendaci dichiarazioni previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli

- Dottorato di ricerca conseguito presso l'Università in data ____/____/____
- Laurea Specialistica/Magistrale in conseguita presso l'Università..... in data ____/____/____
- Diploma di Laurea in conseguita presso l'Università..... in data ____/____/____
- Master Universitario (biennale) presso l'Università in in data ____/____/____
- Scuola di specializzazione all'insegnamento secondario (SSIS) conseguita presso l'Università in data ____/____/____
- Master Universitario (annuale) presso l'Università in in data ____/____/____.
- Abilitazione professionale all'insegnamento conseguita presso..... in data ____/____/____
- Abilitazione professionale al sostegno conseguita presso in data ____/____/____
- BLS (Basic Life Support- Rianimazione cardio-polmonare di base e defibrillazione precoce per comunità) conseguita presso in data ____/____/____
- RSP (Responsabile Sicurezza e Protezione) conseguita presso in data ____/____/____
- Patente europea ECDL (La Patente Europea Del Computer) o EIPASS conseguita presso in data ____/____/____
- Attività pertinenti al Corso di Laurea Magistrale in Attività Motorie Preventive e Adattate cui sono stati attribuiti Crediti Formativi Universitari presso l'Università in data ____/____/____
- ECM (Educazione Continua in Medicina) del Ministero della Salute in data ____/____/____

Data, ____/____/____

Il dichiarante (firma per esteso) _____