

**BANDO DI CONCORSO PUBBLICO, (Bando n. 2140 prot. del 2 settembre 2016)  
PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 2 POSTI DI PSICOLOGO - AREA 3<sup>A</sup> - CON  
CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO, AD ORARIO PARZIALE - (Categoria D, posizione economica  
D1- CCNL dei dipendenti delle Regioni e delle AA. LL.)**

**ALLEGATO N. 2)**

**FAC SIMILE DICHIARAZIONE TITOLI POSSEDUTI**

(ART. 46 E 47 DEL DPR.445/2000)

**da presentare da parte dei soli candidati ammessi alla prova orale**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_, in relazione alla domanda di partecipazione al concorso in oggetto, ai fini della valutazione dei titoli posseduti e delle attività svolte, presenta la seguente dichiarazione sostitutiva;

a tal fine, **dichiara** sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del dpr. 445 del 28.12.2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

-di essere a conoscenza dell'art.75 del DPR.445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'IPAB, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione;

-di essere in possesso dei seguenti titoli:

**TITOLI DI SERVIZIO**

**Servizi prestati nel profilo di PSICOLOGO con rapporto di dipendenza (tempo determinato o indeterminato) presso strutture PUBBLICHE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

-Denominazione <b>ENTE PUBBLICO</b> _____
-Indirizzo Ente e n. telefonico _____
-Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) _____
-Servizio dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Profilo professionale _____ Categoria _____ Pos.Econ. _____
-Tempo determinato ( SI ) (barrare la casella se del caso)
-Tempo indeterminato ( SI ) (barrare la casella se del caso)
-Tempo pieno ( SI ) (barrare la casella se del caso) ore settimanali _____
-Tempo parziale ( SI ) (barrare la casella se del caso) _____ % (ore settimanali _____ su ore _____)
-Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)

*continua*

**Servizi prestati nel profilo di PSICOLOGO con rapporto di dipendenza (tempo determinato o indeterminato) presso strutture PUBBLICHE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** \_\_\_\_\_  
 -Indirizzo Ente e n. telefonico \_\_\_\_\_  
 -Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) \_\_\_\_\_  
 -Servizio dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
 -Profilo professionale \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_ Pos.Econ. \_\_\_\_\_  
 -Tempo determinato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
 -Tempo indeterminato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
 -Tempo pieno ( SI ) (barrare la casella se del caso) ore settimanali \_\_\_\_\_  
 -Tempo parziale ( SI ) (barrare la casella se del caso) \_\_\_\_\_ % (ore settimanali \_\_\_\_\_ su ore \_\_\_\_\_)  
 -Periodi di interruzione dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
 -Periodi di interruzione dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** \_\_\_\_\_  
 -Indirizzo Ente e n. telefonico \_\_\_\_\_  
 -Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) \_\_\_\_\_  
 -Servizio dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
 -Profilo professionale \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_ Pos.Econ. \_\_\_\_\_  
 -Tempo determinato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
 -Tempo indeterminato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
 -Tempo pieno ( SI ) (barrare la casella se del caso) ore settimanali \_\_\_\_\_  
 -Tempo parziale ( SI ) (barrare la casella se del caso) \_\_\_\_\_ % (ore settimanali \_\_\_\_\_ su ore \_\_\_\_\_)  
 -Periodi di interruzione dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
 -Periodi di interruzione dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** \_\_\_\_\_  
 -Indirizzo Ente e n. telefonico \_\_\_\_\_  
 -Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) \_\_\_\_\_  
 -Servizio dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
 -Profilo professionale \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_ Pos.Econ. \_\_\_\_\_  
 -Tempo determinato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
 -Tempo indeterminato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
 -Tempo pieno ( SI ) (barrare la casella se del caso) ore settimanali \_\_\_\_\_  
 -Tempo parziale ( SI ) (barrare la casella se del caso) \_\_\_\_\_ % (ore settimanali \_\_\_\_\_ su ore \_\_\_\_\_)  
 -Periodi di interruzione dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
 -Periodi di interruzione dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** \_\_\_\_\_  
 -Indirizzo Ente e n. telefonico \_\_\_\_\_  
 -Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) \_\_\_\_\_  
 -Servizio dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
 -Profilo professionale \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_ Pos.Econ. \_\_\_\_\_  
 -Tempo determinato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
 -Tempo indeterminato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
 -Tempo pieno ( SI ) (barrare la casella se del caso) ore settimanali \_\_\_\_\_  
 -Tempo parziale ( SI ) (barrare la casella se del caso) \_\_\_\_\_ % (ore settimanali \_\_\_\_\_ su ore \_\_\_\_\_)  
 -Periodi di interruzione dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
 -Periodi di interruzione dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)

Qualora necessiti è possibile duplicare la tabella quanto serve.

**Servizi prestati nel profilo di PSICOLOGO con rapporto di dipendenza (tempo determinato o indeterminato) presso strutture PRIVATE.**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

**-Datore di lavoro privato** \_\_\_\_\_  
-Indirizzo e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
-Profilo professionale \_\_\_\_\_ N.matricola \_\_\_\_\_  
-Mansioni \_\_\_\_\_  
-Livello di inquadramento \_\_\_\_\_ Contratto di lavoro applicato \_\_\_\_\_  
-Come dipendente a Tempo determinato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
-Come dipendente a Tempo indeterminato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
-Come dipendente a Tempo pieno ( SI ) (barrare la casella se del caso); ore settim. \_\_\_\_\_  
-Come dipendente a Tempo parziale ( SI ) (barrare la casella se del caso) % \_\_\_\_\_ ore  
settimanali lavorate \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_ su ore a tempo pieno  
-Periodi di interruzione dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)

**-Datore di lavoro privato** \_\_\_\_\_  
-Indirizzo e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
-Profilo professionale \_\_\_\_\_ N.matricola \_\_\_\_\_  
-Mansioni \_\_\_\_\_  
-Livello di inquadramento \_\_\_\_\_ Contratto di lavoro applicato \_\_\_\_\_  
-Come dipendente a Tempo determinato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
-Come dipendente a Tempo indeterminato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
-Come dipendente a Tempo pieno ( SI ) (barrare la casella se del caso); ore settim. \_\_\_\_\_  
-Come dipendente a Tempo parziale ( SI ) (barrare la casella se del caso) % \_\_\_\_\_ ore  
settimanali lavorate \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_ su ore a tempo pieno  
-Periodi di interruzione dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)

**-Datore di lavoro privato** \_\_\_\_\_  
-Indirizzo e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
-Profilo professionale \_\_\_\_\_ N.matricola \_\_\_\_\_  
-Mansioni \_\_\_\_\_  
-Livello di inquadramento \_\_\_\_\_ Contratto di lavoro applicato \_\_\_\_\_  
-Come dipendente a Tempo determinato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
-Come dipendente a Tempo indeterminato ( SI ) (barrare la casella se del caso)  
-Come dipendente a Tempo pieno ( SI ) (barrare la casella se del caso); ore settim. \_\_\_\_\_  
-Come dipendente a Tempo parziale ( SI ) (barrare la casella se del caso) % \_\_\_\_\_ ore  
settimanali lavorate \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_ su ore a tempo pieno  
-Periodi di interruzione dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

**Servizi prestati in regime convenzionale - Attività prestata come PSICOLOGO**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

-Struttura/Ente \_\_\_\_\_  
-Indirizzo e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
-Disciplina \_\_\_\_\_  
-Per un totale complessivo di ore \_\_\_\_\_; ovvero per n. ore settimanali \_\_\_\_\_

-Struttura/Ente \_\_\_\_\_  
-Indirizzo e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
-Disciplina \_\_\_\_\_  
-Per un totale complessivo di ore \_\_\_\_\_; ovvero per n. ore settimanali \_\_\_\_\_

-Struttura/Ente \_\_\_\_\_  
-Indirizzo e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
-Disciplina \_\_\_\_\_  
-Per un totale complessivo di ore \_\_\_\_\_; ovvero per n. ore settimanali \_\_\_\_\_

-Struttura/Ente \_\_\_\_\_  
-Indirizzo e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
-Disciplina \_\_\_\_\_  
-Per un totale complessivo di ore \_\_\_\_\_; ovvero per n. ore settimanali \_\_\_\_\_

-Struttura/Ente \_\_\_\_\_  
-Indirizzo e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
-Disciplina \_\_\_\_\_  
-Per un totale complessivo di ore \_\_\_\_\_; ovvero per n. ore settimanali \_\_\_\_\_

-Struttura/Ente \_\_\_\_\_  
-Indirizzo e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
-Disciplina \_\_\_\_\_  
-Per un totale complessivo di ore \_\_\_\_\_; ovvero per n. ore settimanali \_\_\_\_\_

Qualora necessiti è possibile duplicare la tabella quanto serve.

**Servizi prestati come PSICOLOGO con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI /  
CO.CO.CO. / CONSULENZA / COLLABORAZIONI OCCASIONALI presso  
STRUTTURE PUBBLICHE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** \_\_\_\_\_  
-Indirizzo Ente e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) \_\_\_\_\_  
-Servizio dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
-Attività svolta:  
(  ) LIBERO PROFESSIONISTA - (  ) CO.CO.CO. - (  ) CONSULENZA; - (  ) COLLABORAZIONE OCCASIONALE  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
-Impegno orario medio settimanale \_\_\_\_\_  
-Ulteriori informazioni che il candidato riferisce al fine di meglio illustrare l'attività svolta  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** \_\_\_\_\_  
-Indirizzo Ente e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) \_\_\_\_\_  
-Servizio dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
-Attività svolta:  
(  ) LIBERO PROFESSIONISTA - (  ) CO.CO.CO. - (  ) CONSULENZA; - (  ) COLLABORAZIONE OCCASIONALE  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
-Impegno orario medio settimanale \_\_\_\_\_  
-Ulteriori informazioni che il candidato riferisce al fine di meglio illustrare l'attività svolta  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** \_\_\_\_\_  
-Indirizzo Ente e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) \_\_\_\_\_  
-Servizio dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
-Attività svolta:  
(  ) LIBERO PROFESSIONISTA - (  ) CO.CO.CO. - (  ) CONSULENZA; - (  ) COLLABORAZIONE OCCASIONALE  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
-Impegno orario medio settimanale \_\_\_\_\_  
-Ulteriori informazioni che il candidato riferisce al fine di meglio illustrare l'attività svolta  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

**SERVIZI PRESTATI NELL'AMBITO DI PROGETTI DI SERVIZIO CIVILE O COME MILITARE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

**Servizio Civile**

-Denominazione Ente Promotore \_\_\_\_\_  
-Indirizzo Ente e n. telefonico \_\_\_\_\_  
-Sede di servizio \_\_\_\_\_  
-Descrizione del progetto e tipologia dell'intervento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
-Posizione/Qualifica rivestita/Attività svolta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
-durata dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
Impegno orario settimanale \_\_\_\_\_

**Servizio militare di leva**

-in costanza di rapporto di lavoro ( SI ) - ( NO ) - dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /  
-presso il \_\_\_\_\_  
-incarico svolto \_\_\_\_\_  
-con il grado di \_\_\_\_\_  
-Distretto Militare di \_\_\_\_\_

**Servizio militare**

-richiamo alle armi ( ) , ferma volontaria ( ) , rafferma ( )  
-in costanza di rapporto di lavoro ( SI ) - ( NO ) - dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /  
-presso il \_\_\_\_\_  
-incarico svolto \_\_\_\_\_  
-con il grado di \_\_\_\_\_  
-Distretto Militare di \_\_\_\_\_

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

### TITOLI DI STUDIO

**Oltre a quello dichiarato nella domanda di ammissione attinenti al posto a concorso**

**Laurea / specializzazione / master universitari I e II livello / dottorato di ricerca)**  
L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

TITOLO DI STUDIO	DATA CONSEGUIMENTO, DURATA E VALUTAZIONE	CONSEGUITO PRESSO	Conseguito all'estero* Barrare se del caso Si No
	/___/___/___/ Durata _____ Punteggio_____SU_____		Si No
	/___/___/___/ Durata _____ Punteggio_____SU_____		Si No
	/___/___/___/ Durata _____ Punteggio_____SU_____		Si No
	/___/___/___/ Durata _____ Punteggio_____SU_____		Si No

\* Nel caso in cui il titolo di studio risulti conseguito all'estero, indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano:

N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_ Autorità che ha rilasciato il provvedimento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

**BORSA DI STUDIO (senza aver conseguito il relativo titolo di studio)  
 CONTRATTI DI RICERCA, DOTTORATO DI RICERCA ( se non ancora concluso)  
 attinenti al posto a concorso**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Tipologia	Ente erogatore	Materia/disciplina	Data esatta gg/mm/aa
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.



## TITOLI VARI

### PUBBLICAZIONI

**(Solo se attinenti alla professionalità del posto da conferire, numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, allegandone l'originale o copia conforme. Nelle copie delle pubblicazioni allegate dovrà essere riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio nominativo).**

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegate, in originale o copia, alla presente dichiarazione e **che tali copie sono conformi agli originali :**

N.	DESCRIZIONE
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

**ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE****attinenti al posto a concorso**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Dichiaro di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento e formazione:

Tipologia dell'evento (specificare e barrare la casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ Ore giorno _____ Tot. ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare se con test o esame finale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Tipologia dell'evento (specificare e barrare la casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	Giorni _____ Ore giorno _____ Tot. ore _____
Durata	
Specificare se l'attività formativa è ECM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare se con test o esame finale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Tipologia dell'evento (specificare e barrare la casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ Ore giorno _____ Tot. ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare se con test o esame finale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

**ATTIVITA' DIDATTICA (materie attinenti la posizione da conferire: PSICOLOGO)**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Dichiaro di aver svolto le sotto elencate attività didattiche, in qualità di docente o di tutor:

1) Scuole universitarie o istituti scientifici:

Anno Accademico ore insegnamento settimanali	Ente/Istituto	Materia	In qualità di docente o Tutor

2) Istituti pubblici :

Anno Accademico ore insegnamento settimanali	Ente/Istituto	Materia	In qualità di docente o Tutor

3) Corsi di formazione privati:

Anno Accademico ore insegnamento settimanali	Ente/Istituto	Materia	In qualità di docente o Tutor

Qualora necessiti è possibile duplicare la tabella quanto serve.

Allega fotocopia di un documento di identità personale in corso di validità.

Ai sensi del d. lg. vo 196/2003, accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti ed obblighi di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_