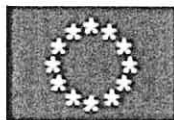


Ambito NA 19



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

**"Bovio-Pontillo-Pascoli" - CICCIANO**

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

Via degli Anemoni – 80033 Cicciano (NA) – Tel 081 8248687 – Fax 081 8261852

C. M.: NAIC8EX00R - C. F.: 92044530639 - e-mail: naic8ex00r@istruzione.it - pec: naic8ex00r@pec.istruzione.it

Allegato E – Docenti

Al Dirigente Scolastico  
Dell' I.C. "Bovio - Pontillo - Pascoli"  
Cicciano

## PLURIDICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
docente con contratto a tempo indeterminato nella scuola dell' infanzia/primaria/secondaria/primo/secondo grado classe di concorso \_\_\_\_\_, titolare presso \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni anche penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 così come modificato ed integrato dall'art 15 della legge 16/01/2003 n. 3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011

### DICHIARA

- di essere celibe/nubile
- di essere coniugato/a con \_\_\_\_\_
- di essere divorziato/a o di essere separato giudizialmente con atto omologato dal tribunale di \_\_\_\_\_
- che il/la sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
è residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ ha il seguente vincolo di parentela con il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_;
- che ha figlio/i/a/e minorenni/i (l'età deve essere riferita al 31.12.2024), indicare anche i figli adottivi:
  - 1 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
  - 2 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
  - 3 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- che ha figli maggiorenni totalmente o perennemente inabili a proficuo lavoro ( da documentare con certificato dell'ASL);
- che il/la figlia, il coniuge, genitore può essere assistito solo nel comune di \_\_\_\_\_ in quanto nella sede di titolarità non esistono strutture ( da documentare con certificato dell'Istituto di cura o ospedale o ASL o ufficiale sanitario o medico militare, da cui risulti la necessità di cure continuative), non è ricoverato a tempo pieno;

- che ha superato ed è inserito/a nella/nelle graduatoria/e di merito del seguente/dei seguenti concorso/i ordinario/i a cattedra per esami e titoli:
  
  - concorso bandito ai sensi del \_\_\_\_\_ per l'accesso al ruolo infanzia/primaria/secondaria primo/secondo grado.  
 classe di concorso \_\_\_\_\_ pos. grad \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
  - concorso bandito ai sensi del \_\_\_\_\_ per l'accesso al ruolo infanzia/primaria/secondaria primo/secondo grado.  
 classe di concorso \_\_\_\_\_ pos. grad \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
  
  - che è in possesso del/dei seguente/i diploma/i di specializzazione e/o perfezionamento e/o master:
    - specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ ai sensi \_\_\_\_\_ durata \_\_\_\_\_  
 presso \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_
    - perfezionamento in \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ ai sensi \_\_\_\_\_ durata \_\_\_\_\_  
 presso \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_
    - master di 1° o 2° livello in \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ ai sensi \_\_\_\_\_ durata \_\_\_\_\_  
 presso \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_
    - che è in possesso del Diploma di specializzazione monovalente \_\_\_\_\_ /polivalente per il sostegno agli alunni con  
 disabilità conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
    - che è in possesso del seguente diploma universitario \_\_\_\_\_ conseguito il  
 \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_
    - che è in possesso del/dei seguente/i diploma/i di Laurea/Accademia di Belle Arti/Conservatorio/Laurea in scienze motorie:
  


---

  - che è in possesso del titolo di "Dottorato di Ricerca" \_\_\_\_\_;
  - che ha frequentato il corso di aggiornamento-formazione linguistica e glottodidattica compreso nei piani attuali del Ministero presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (esclusivamente per gli insegnanti di scuola primaria);
  - che ha partecipato agli esami di stato conclusivi dei corsi di studio di scuola superiore di cui alla legge 425/97 e al DPR 323/1998:
- 1) A.S. 1998/1999 in qualità di presidente/membro interno/membro esterno  
 presso \_\_\_\_\_
  - 2) A.S. 1999/2000 in qualità di presidente/membro interno/membro esterno  
 presso \_\_\_\_\_
  - 3) A.S. 2000/2001 in qualità di presidente/membro interno/membro esterno  
 presso \_\_\_\_\_
- 
- che è in possesso del CERTIFICATO CLIL di Corso di Perfezionamento per l'insegnamento di una disciplina non linguistica in lingua straniera di cui al Decreto Direttoriale n. 6 del 16 aprile 2012 rilasciato da \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (struttura universitaria in possesso dei requisiti di cui all'art. 3, comma 3 del DM del 30 settembre 2011) il \_\_\_\_\_ e che è in possesso di certificazione di Livello C1 del QCER (art. 4 comma 2) rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, ha frequentato il corso metodologico e ha sostenuto la prova finale.

- che è in possesso di un ATTESTATO di frequenza al corso di perfezionamento CLIL in quanto ha svolto la parte metodologica presso l'Università \_\_\_\_\_, e di avere quindi una competenza di livello B2 NON certificata ma ha frequentato il corso e superato l'esame finale presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.
- che, titolare per la classe di concorso \_\_\_\_\_ in possesso della specifica abilitazione, presta servizio per la classe di concorso \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con provvedimento di utilizzazione dell'USP di \_\_\_\_\_ nell' a.s. 20\_\_/20\_\_, e di aver prestato n. \_\_\_\_\_ anni di servizio in utilizzazione nello stesso posto o classe di concorso per cui si richiede il passaggio.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_