

Ministero dell'Istruzione e del Merito



Liceo Scientifico Statale "Enrico Fermi"
Sezioni: Classico – Linguistico - Scienze Umane - Scienze Applicate
Via Martiri delle Foibe,8 – 25087 Salò (BS) - Tel. 036520957-0365520150
C.F.87002130174 - C.M.BSPS05000X

www.liceofermisalo.edu.it e-mail uffici : bsps05000x@istruzione.it

Posta elettronica certificata: bsps05000x@pec.istruzione.it



ALLEGATO B **Dichiarazione sostitutiva** **resa ai sensi degli artt. 46 e 76 del D.P.R. 445/2000**

Il/a sottoscritto/a

Dati personali

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Nazionalità	

Recapiti

Indirizzo	
Città (Provincia)	
CAP	
E-mail	
PEC	
Contatto telefonico	

avendo presentato domanda di partecipazione alla procedura volta alla selezione di personale interno/esterno alle istituzioni scolastiche per il conferimento dell'incarico triennale di Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (ex Art. 17 comma 1, lettera b) del D.Lgs. 81/2008) per il periodo 01/01/2023 - 31/12/2025, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione false e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 46 e 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- di avere pieno godimento dei diritti civili e politici;
- non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne per reati in materia di antipedofilia;
- di non avere in corso procedimenti di natura fiscale;
- di non essere stato destituito da pubblici impieghi;
- di essere in possesso dei titoli sottoindicati e di aver svolto le esperienze professionali sottoindicate e attinenti al presente Avviso (tutte documentabili).

PARTE 1: TITOLI FORMATIVI

Abilitazione all'esercizio della libera professione

Ente	
Titolo	
Data di iscrizione	

Abilitazioni e specializzazioni attinenti al presente Avviso

Università	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	

Università	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	

Università	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	

Corsi di formazione o perfezionamento

Istituto	
Titolo del Corso	
Data di conseguimento	
Numero ore	

Istituto	
Titolo del Corso	
Data di conseguimento	
Numero ore	

Istituto	
Titolo del Corso	
Data di conseguimento	
Numero ore	

Istituto	
Titolo del Corso	
Data di conseguimento	
Numero ore	

Istituto	
Titolo del Corso	
Data di conseguimento	
Numero ore	

PARTE 2: ESPERIENZE PROFESSIONALI

Esperienze lavorative in Istituzioni pubbliche in qualità di R.S.P.P.

Istituto Scolastico	
Anno scolastico	
Numero ore	

Istituto Scolastico	
Anno scolastico	
Numero ore	

Istituto Scolastico	
Anno scolastico	
Numero ore	

Istituto Scolastico	
---------------------	--

Anno scolastico	
Numero ore	

Istituto Scolastico	
Anno scolastico	
Numero ore	

Docenza in corsi di formazione specifica sulla sicurezza nei luoghi di lavoro

Ente	
Anno	
Numero ore	

Ente	
Anno	
Numero ore	

Ente	
Anno	
Numero ore	

Ente	
Anno	
Numero ore	

Ente	
Anno	
Numero ore	

Ente	
Anno	
Numero ore	

Ente	
Anno	
Numero ore	

Ente	
Anno	
Numero ore	

Ente	
Anno	
Numero ore	

Ente	
Anno	
Numero ore	

Si allega Curriculum vitae in formato europeo.

Luogo e data _____

Firma
(per esteso e leggibile)
