

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 3

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 selezione pubblica volta all'individuazione di n. 1 esperto per l'affidamento dell'incarico di Amministratore di Sistema per il triennio anni scolastici 2022/2023-2023/2024-2024/2025, 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;
- di non aver riportato condanne penali e non essere oggetto di provvedimenti penali pendenti;
- l'inesistenza di qualsiasi casa ostativa a stipulare contratti con la Pubblica Amministrazione;
- di essere in possesso dei titoli sottoindicati e di aver svolto le esperienze professionali sottoindicate e attinenti al presente Avviso (tutte documentabili).

TITOLI FORMATIVI

Titolo accademico conseguito

Università/Conservatorio/Istituto	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	

Altri titoli (pertinenti)

Istituto di formazione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	
Istituto di formazione	
Titolo	

Data di conseguimento	
Votazione	
Istituto di formazione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	
Istituto di formazione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	
Istituto di formazione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	
Istituto di formazione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	
Istituto di formazione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	
Istituto di formazione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	
Istituto di formazione	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	

Corsi di Formazione e aggiornamento

Istituto	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	
Istituto	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	
Istituto	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	
Istituto	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	
Istituto	
Titolo	

Data di conseguimento	
Votazione	

Istituto	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	

Istituto	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	

Istituto	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	

Istituto	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	

Istituto	
Titolo	
Data di conseguimento	
Votazione	

ESPERIENZE PROFESSIONALI

Tipologia di attività	
Anno	
Numero ore	

Tipologia di attività	
Anno	
Numero ore	

Tipologia di attività	
Anno	
Numero ore	

Tipologia di attività	
Anno	
Numero ore	

Tipologia di attività	
Anno	
Numero ore	

Tipologia di attività	
Anno	
Numero ore	

Tipologia di attività	
Anno	
Numero ore	

Tipologia di attività	
Anno	
Numero ore	

Tipologia di attività	
Anno	

Numero ore	
Tipologia di attività	
Anno	
Numero ore	

PUBBLICAZIONI

Titolo	
Data	

Titolo	
Data	

Titolo	
Data	

Titolo	
Data	

Si allega Curriculum vitae in formato europeo.

Luogo e data _____

Firma
(per esteso e leggibile)
