**Allegato 3**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**DEI SERVIZI PRESTATI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000;

sotto la propria responsabilità

**DICHIARA:**

1. Di aver prestato servizio in qualità di assistente socio educativo e alla comunicazione / psicologo / arteterapeuta / musicoterapeuta /altro profilo presso Istituti di Istruzione secondaria di II grado nei seguenti anni scolastici (eliminare il profilo non interessato):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNO SCOLASTICO** | **DAL** | **AL** | **SCUOLA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Servizio svolto come assistente socio-educativo e alla comunicazione / psicologo / arteterapeuta / musicoterapeuta /altro profilo presso le scuole primarie o secondarie di I grado (eliminare il profilo non interessato):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNO SCOLASTICO** | **DAL** | **AL** | **SCUOLA o COOPERATIVA o ASSOCIAZIONE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. di avere le seguenti esperienze lavorative (documentate) a favore di persone con disabilità (servizio prestato presso Enti o Amministrazioni Pubbliche (Comuni, Province, ecc) rivolte a ragazzi con disabilità di età compresa tra 11 e 21 anni

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNO SCOLASTICO** | **DAL** | **AL** | **ENTI o AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE**  **(Comuni, Province…)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. di aver prestato servizio d'insegnamento in qualità di docente di sostegno presso Scuole pubbliche nei seguenti anni scolastici

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNO SCOLASTICO** | **DAL** | **AL** | **SCUOLA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**Luogo e data Il/la sottoscritto/a**