



**Università
degli Studi
di Ferrara**

Modulo 18 – TFA sostegno IX ciclo

Autocertificazione dell'anzianità di servizio di insegnamento sul sostegno per l'accesso riservato ex D.M. 549/2024

(resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari
in materia di documentazione amministrativa")

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente in via _____ Comune _____ (____)

domiciliato in (se diverso da residenza) via _____ Comune _____ (____)

telefono _____ cell. _____ e-mail _____

codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

Di partecipare alla selezione, riservato ai candidati ex D.M. 549/2024, per l'iscrizione al
Percorso di specializzazione sul sostegno didattico agli alunni con disabilità, per il seguente
grado di istruzione (indicare una sola voce):

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola primaria
- Scuola secondaria di primo grado
- Scuola secondaria di secondo grado

Ai fini della valutazione in caso di parità di punteggio tra i candidati nella graduatoria della quota
di riserva, dichiara inoltre di aver prestato servizio di insegnamento sul sostegno sullo specifico
grado, nelle seguenti scuole:

1. Istituzione Scolastica _____

Grado/ordine di svolgimento del servizio di sostegno: _____

Codice meccanografico istituto: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Via/Piazza: _____

Periodo, per l'area didattica del sostegno, dal: ____/____/____ al: ____/____/____

Per un totale di giorni: _____

E-mail dell'istituto: _____

2. Istituzione Scolastica _____

Grado/ordine di svolgimento del servizio di sostegno: _____

Codice meccanografico istituto: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Via/Piazza: _____

Periodo, per l'area didattica del sostegno, dal: ____/____/____ al: ____/____/____

Per un totale di giorni: _____

E-mail dell'istituto: _____

3. Istituzione Scolastica _____

Grado/ordine di svolgimento del servizio di sostegno: _____

Codice meccanografico istituto: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Via/Piazza: _____

Periodo, per l'area didattica del sostegno, dal: ____/____/____ al: ____/____/____

Per un totale di giorni: _____

E-mail dell'istituto: _____

Numero totale giorni di servizio di insegnamento sul sostegno prestato sullo specifico grado: _____

Luogo e data, _____

Firma
