**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**UTILIZZAZIONE SU POSTO DI SOSTEGNO**

**(cancellare le voci che non interessano**)

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| Nato/a | Prov. |
| il |  |
| residente a | Prov. |
| Via |  |  Cap. |

|  |  |
| --- | --- |
| Email e numero di tel. | Email numero tel. |

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., il **possesso dei seguenti titoli ai fini DELL’UTILIZZAZIONE SU POSTO DI SOSTEGNO**

|  |
| --- |
| * Di aver conseguito un **TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE** per minorati della vista / udito / psicofisici / polivalente /Montessori il
 |
| Presso Scuola/Università/ATP/USR Provincia/Regione  |
| Voto  |