

**ALLEGATO D - DICHIARAZIONE TITOLI UNIVERSITARI, CULTURALI E ESPERIENZE LAVORATIVE
ART. 5 DEL PRESENTE AVVISO – PSICOMOTRICITÀ**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
 _____ provincia di _____ il
 ____/____/____ codice fiscale _____ residente
 in _____ prov.
 (_____) Via/Piazza _____ CAP _____
 indirizzo di posta elettronica ordinaria _____
 indirizzo di posta elettronica certificata _____
 consapevole delle sanzioni e delle pene previste in caso di false attestazioni e di mendaci dichiarazioni,
 sotto la sua personale responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 2000

DICHIARA

Al fine della valutazione dei titoli universitari, di essere in possesso dei seguenti titoli di studio pertinenti ai fini dell'incarico **(si ricorda che la Commissione nella valutazione titoli prenderà in considerazione esclusivamente i titoli dichiarati, non integrando in alcun modo con dati ricavabili indirettamente, e non inseriti dall'interessato, dal Curriculum Vitae):**

Titolo	INDICARE I TITOLI (indicare votazione, istituto che lo ha rilasciato e codice)	PUNTEGGIO (PARTE COMPILATA DALLA PA)
Laurea in Psicologia		
Corso presso la scuola triennale di psicomotricità relazionale		
Esperienze pregresse di Psicomotricità relazionale in Istituti scolastici		
Esperienze pregresse di Psicomotricità relazionale in enti pubblici o privati		

Castelfranco di Sotto lì ____/____/____

Firma leggibile dell'interessato
