

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER
RICONOSCIMENTO CFU
(artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/la sottoscritto/a.....

Luogo e data di nascita

Codice fiscale.....

consapevole delle sanzioni penali e delle altre conseguenze previste per il caso di
dichiarazione mendace, così come stabilito dagli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
(indicare il riconoscimento richiesto):**

- ☐ **Esami sostenuti in carriere pregresse (pag. 2)**
- ☐ **Conseguimento di Attività Formative Extracurricolari (pag. 3)**
- ☐ **Abilità Lavorative (pag. 4)**

1. Esami sostenuti in carriere pregresse

Di aver sostenuto i seguenti esami presso le istituzioni universitarie indicate:

Università

Corso di laurea in (specificare se triennale/magistrale/ciclo unico)

.....

o Nuovo ordinamento (DM 270/04)

o Vecchio ordinamento (DM 509/99)

Votazione (se il titolo è conseguito)

N.	Insegnamento	Data	Voto	CFU	SSD
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
				Tot. CFU	

SE NECESSARIO, CONTINUARE L'ELENCO SU UN ALTRO FOGLIO

ALL'ATTO DELL'ISCRIZIONE ANDRANNO COMUQNUE PRESENTATE DEBITE CERTIFICAZIONI DEGLI ESAMI SOSTENUTI

2. Conseguimento di Attività Formative Extracurricolari

Di aver conseguito le seguenti attività extracurricolari, conformemente ai requisiti previsti dal D.M. 931 del 04/07/2024:

- Denominazione del corso _____
 - Competenze acquisite _____
 - Durata (n° di ore) _____
 - Esito prova finale _____
 - Ente PA erogatore dell'attività formativa _____
Indicare recapito dell'Ente erogatore (e-Mail o Pec) _____
Indicare recapito dell'ente erogatore (Telefono) _____
-
- Denominazione del corso _____
 - Competenze acquisite _____
 - Durata (n° di ore) _____
 - Esito prova finale _____
 - Ente PA erogatore dell'attività formativa _____
Indicare recapito dell'Ente erogatore (e-Mail o Pec) _____
Indicare recapito dell'ente erogatore (Telefono) _____

Dichiara, inoltre, che le attività formative esposte non sono state riconosciute nell'ambito di altre carriere precedenti.

3. Abilità Lavorative

Di possedere le seguenti abilità lavorative, maturate attraverso le esperienze professionali di seguito descritte

➤ Denominazione/Ruolo: _____

○ Periodo: dal _____ al _____

○ Datore di Lavoro/Azienda: _____

○ Principali Mansioni e Responsabilità: _____

○ Competenze Acquisite (specifiche): _____

➤ Denominazione/Ruolo: _____

○ Periodo: dal _____ al _____

○ Datore di Lavoro/Azienda: _____

○ Principali Mansioni e Responsabilità: _____

○ Competenze Acquisite (specifiche): _____

➤ Denominazione/Ruolo: _____

○ Periodo: dal _____ al _____

○ Datore di Lavoro/Azienda: _____

○ Principali Mansioni e Responsabilità: _____

○ Competenze Acquisite (specifiche): _____

Dichiara, inoltre, che le attività lavorative esposte non sono state riconosciute nell'ambito di altre carriere precedenti.

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante

Ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 si informa che i dati comunicati saranno trattati nel rispetto delle finalità per cui sono richiesti.