



**Modulo di autocertificazione per il riconoscimento dei 24 CFU
di cui al D.M. 616/2017**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____
C.F. _____

consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n° 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art 75 del medesimo testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità, ai fini del riconoscimento dei 24 CFU conseguiti nelle discipline antropo-psico-pedagogiche e nelle metodologie e tecnologie didattiche di cui al D.M. 616/2017

DICHIARA

di essere in possesso dei 24 CFU di cui al D.M. 616/2017, conseguiti entro il 31 ottobre 2022 presso l'Università o Accademia _____ il _____;

Informazioni per la verifica dei dati ex articolo 15, comma 1, punto e della legge 183/2011 Recapiti della segreteria competente:

denominazione dell'Ufficio/Segreteria competente: _____ n. di
telefono: _____ e-mail: _____
posta elettronica certificata (PEC): _____

Dettaglio degli insegnamenti:

1. Denominazione insegnamento _____
Ambito _____ SSD _____ Data di sostenimento ____/____/____ CFU _____
Voto _____ Università o Accademia _____

Informazioni per la verifica dei dati ex articolo 15, comma 1, punto e della legge 183/2011 Recapiti della segreteria competente:

denominazione dell'Ufficio/Segreteria competente: _____ n. di
telefono: _____ e-mail: _____
posta elettronica certificata (PEC): _____

2. Denominazione insegnamento _____

Ambito _____ SSD _____ Data di sostenimento ____/____/____ CFU _____
Voto _____ Università o Accademia _____

Informazioni per la verifica dei dati ex articolo 15, comma 1, punto e della legge 183/2011 Recapiti della segreteria competente:

denominazione dell'Ufficio/Segreteria competente: _____ n. di
telefono: _____ e-mail: _____
posta elettronica certificata (PEC): _____

3. Denominazione insegnamento _____

Ambito _____ SSD _____ Data di sostenimento ____/____/____ CFU _____
Voto _____ Università o Accademia _____

Informazioni per la verifica dei dati ex articolo 15, comma 1, punto e della legge 183/2011 Recapiti della segreteria competente:



denominazione dell'Ufficio/Segreteria competente: _____ n. di
telefono: _____ e-mail: _____
posta elettronica certificata (PEC): _____

4. Denominazione insegnamento _____

Ambito _____ SSD _____ Data di sostenimento ____/____/____ CFU

Voto _____ Università o Accademia _____

Informazioni per la verifica dei dati ex articolo 15, comma 1, punto e della legge 183/2011 Recapiti della segreteria competente:

denominazione dell'Ufficio/Segreteria competente: _____ n. di
telefono: _____ e-mail: _____
posta elettronica certificata (PEC): _____

Data _____ Il dichiarante* _____
(allega documento di riconoscimento)

*La dichiarazione dovrà essere sottoscritta con firma autografa

Informativa Privacy

I dati personali forniti dai candidati e dalle candidate saranno trattati in osservanza alle disposizioni di legge in materia di tutela della *privacy*. L'Informativa sul trattamento dei dati personali redatta dall'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e del D. Lgs 101/2018 è pubblicata al link <https://www.unicas.it/privacy/>.

Titolare del trattamento dei dati personali è l'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale nella persona del suo rappresentante legale Rettore protempore. Il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) è la dott.ssa Elide Di Duca (mail: rpd@unicas.it – PEC dpo@pec.unicas.it).