

DICHIARAZIONE TITOLI

Il/la sottoscritto/a

NOME _____

COGNOME _____

Nato/a a _____ il _____

Cittadinanza _____

Residente a _____ in Via/p.zza _____ nr _____

Telefono _____ (cellulare _____)

Consapevole della responsabilità penale derivante da false dichiarazioni ex art. 76 del DPR 445/00, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00

DICHIARA:

a)- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Conseguito presso _____ in data _____

_____ con votazione _____ ;

b)- di aver conseguito dottorato di ricerca post laurea (ai sensi del capo II del d.p.r. 382/1980) di durata non inferiore a due anni o diploma di specializzazione post laurea (ai sensi degli articoli 11 e 12 del d.p.r. 162/1982) rilasciati da istituti universitari italiani o dell'Unione europea (purché riconosciuti con legge dello Stato in cui il titolo è stato conseguito) per/in: _____

_____, conseguito presso _____

in data _____;

c)- di aver avuto incarico/i remunerato/i ¹(dal.....al.....)²(dal.....al.....) ³(dal.....al.....)

nel settore dell'informazione sulle attività culturali In Enti qualificati: (indicare)

1 _____

2 _____

3 _____;

d)- ev. altre informazioni se connesse \ richieste specificamente per l'espletamento dell'incarico _____

_____;

_____;

autorizzo al trattamento dei dati personali nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/03.

Data _____ Firma _____