

la sottoscritta

Cognome _____

Nome _____

Cognome da coniugata _____

Nata il _____ a _____

Provincia di _____ Sesso (F/M) _____

Codice fiscale _____

Residente a _____

C.A.P. _____ Prov. _____

Domiciliato a _____

C.A.P. _____ Prov. _____

Recapito telefonico _____

in servizio in qualità di _____

titolare di contratto a tempo _____ Indeterminato _____

a far data dal : decorrenza giuridica _____

decorrenza economica _____

abilitato per le seguenti classi di concorso:

DICHIARA

ai sensi dell'art. 145 del D.P.R. 1092/73 i seguenti servizi e periodi:

QUADRO 1 - TITOLI DI STUDIO

Tipologia Titolo	Denominazione del corso di studi	n°	Denominazione e sede dell'istituto universitario	Durata legale	Anno accademico di immatricolazione	Data di conseguimento	Anno di corso	Codice Istit. (ai fini dell'Ufficio)
Diploma di istruzione superiore o artistica								
Diploma di qualifica professionale								
Diploma universitario								
Diploma di laurea								
Dottorato di ricerca								
Diploma di specializzazione post-lauream								
Diploma di Accademia di Belle Arti								
Corso di perfezionamento post-universitario								
Tiolo di specializzazione per il sostegno								

