

## AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO DI STUDIO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
consapevole delle conseguenze civili e penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni  
mendaci o di uso di documenti falsi, così come stabilito dagli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R.  
445 del 28/12/2000

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di aver conseguito  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
con la votazione di \_\_\_\_\_, e di possedere n. \_\_\_\_\_ anni di esperienza  
didattica e n. \_\_\_\_\_ anni di esperienza professionale

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_