

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto:

| | |
|-------------------------|--|
| Nome e cognome | |
| Indirizzo | |
| Telefono | |
| Fax | |
| Email | |
| pec | |
| Nazionalità | |
| Data e Luogo di nascita | |

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere a conoscenza dei compiti connessi al ruolo professionale di RSPP, come esplicitati nel Bando di selezione della istituzione scolastica e di accettarne senza riserva alcuna tutte le condizioni;
- di non aver riportato condanne penali;
- di essere in regola con il versamento dei contributi;
- di essere in possesso di conto corrente dedicato per i pagamenti da parte della pubblica amministrazione
- di essere disponibile ad accettare l'incarico a decorrere dalla firma del contratto
- di essere in possesso dei seguenti titoli:

TITOLI DI STUDIO

| | |
|---|--|
| Data | |
| Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione | |
| Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio | |
| Qualifica conseguita | |
| Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) | |

| | |
|---|--|
| Data | |
| Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione | |
| Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio | |
| Qualifica conseguita | |
| Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) | |

| | |
|--|--|
| Data | |
| Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione | |

| | |
|---|--|
| Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio | |
| Qualifica conseguita | |
| Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) | |

ESPERIENZA SPECIFICA

| | |
|--------------------------------------|--|
| Date (da – a) | |
| Denominazione Istituzione Scolastica | |
| Tipo di incarico | |
| Principali mansioni e responsabilità | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Date (da – a) | |
| Denominazione Ente Pubblico | |
| Tipo di incarico | |
| Principali mansioni e responsabilità | |

DOCENZA IN CORSI DI FORMAZIONE SPECIFICI

| | |
|---|--|
| Date (da – a) | |
| Denominazione ENTE/Istituzione Scolastica/azienda | |
| Tipo Corso | |
| Durata della docenza | |

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA

FIRMA

In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità.

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.