

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE TITOLI PROFESSIONALI POSSEDUTI

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____),
il ____/____/____, residente in _____ (____),
via/p.zza _____
C.F. _____, Documento di identità _____
n. _____ rilasciato da _____
in data ____/____/____,
ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. 18/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso del requisito della particolare e comprovata specializzazione universitaria strettamente correlata al contenuto della prestazione richiesta, in particolare:

Titolo di studio

Titolo:	Ris. amm.
Conseguito il:	
Presso:	
Voto: _____ su _____	

Titoli di formazione specifici:

1	Data:		Ris. amm.
	Titolo:		
	Conseguito il:		
	Presso:		
2	Data:		
	Titolo:		
	Conseguito il:		
	Presso:		
3	Data:		
	Titolo:		
	Conseguito il:		
	Presso:		
4	Data:		
	Titolo:		
	Conseguito il:		
	Presso:		
5	Data:		
	Titolo:		
	Conseguito il:		
	Presso:		

Esperienze pregresse:

1	Dal – Al:		Ris. amm.
	Presso:		
	Descriz. Esperienza:		
	Note:		
2	Dal – Al:		Ris. amm.
	Presso:		
	Descriz. Esperienza:		
	Note:		
3	Dal – Al:		Ris. amm.
	Presso:		
	Descriz. Esperienza:		
	Note:		
4	Dal – Al:		Ris. amm.
	Presso:		
	Descriz. Esperienza:		
	Note:		
5	Dal – Al:		Ris. amm.
	Presso:		
	Descriz. Esperienza:		
	Note:		

_____ / _____

Firma _____