

UNIVERSITA' DEGLI STUDI SUOR ORSOLA BENINCASA
Facoltà di Scienze della Formazione

Corsi speciali abilitanti L. 143/2004

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ PR. _____
Il ____/____/____ residente a _____ PR. _____
all'indirizzo _____civico n. ____
Tel. ____/____/____ CELL. ____/____/____ e-mail _____
iscritto/a al

- Corso speciale per insegnanti privi dell'abilitazione all'insegnamento, previsti dalla lettera a, comma 1, art. 2, della L. 143/04, ribadito dalla lettera a, comma 2, art. 1, del DM 21/05 per le classi di abilitazione di cui alla Tabella A e per le classi di concorso comprese negli ambiti disciplinari "AD" (D.M. n. 354/98);
- Corso speciale per insegnanti privi dell'idoneità all'insegnamento, previsti dalla lettere c e c-ter, comma 1, art. 2, della L. 143/04, e ribadito dalla lettera c, comma 2, art. 1 e dall'art. 2 del DM 21/05 per le classi di concorso di cui alle tabelle C e D annesse al D.M. n. 39/98.

CHIEDE

il riconoscimento degli eventuali crediti per l'indirizzo connessi ai titoli di studio attinenti di cui è in possesso.

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 26 della legge 15/1968, richiamato dall'art. 6, comma 2, del D.P.R. 403/1998 e succ. modificazioni ed integrazioni nonché dalla decadenza del beneficio eventualmente conseguito per effetto della dichiarazione non veritiera (art. 11, c.3, D.P.R. 403/1998);

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli ⁽¹⁾ (indicare il nome del corso, l'Università di svolgimento, l'anno di frequenza, il responsabile del Corso ed il risultato conseguito dal candidato):

1. titolo di Dottore di Ricerca conseguito in una delle discipline oggetto dell'abilitazione:

2. Master universitario della durata di _____ (almeno un anno), coerente con l'insegnamento, di cui allega certificato e programma di studio

Da compilare a stampatello ed in modo leggibile

⁽¹⁾Tutti i titoli devono essere in possesso dello studente all'atto dell'iscrizione al corso

L'Ateneo si riserva di richiedere la certificazione di quanto dichiarato

3. Corso di perfezionamento universitario della durata di _____ (almeno un anno),
coerente con l'insegnamento , di cui allega certificato e programma di studio

Pertanto chiede di essere esonerato dalla frequenza e dall'esame relativamente alle seguenti discipline e/o laboratori:

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

ESITO DELL'ISTANZA

Nessun credito

Credito riconosciuto ore _____

DISCIPLINE RICONOSCIUTE

La Commissione