



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Alta Formazione Artistica, Musicale e Coreutica

Accademia di Belle Arti "Mario Sironi"

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEI TITOLI DI STUDIO

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a [COGNOME_E_NOME_CANDIDATO], nato/a a [LUOGO_DI_NASCITA] il [DATA_DI_NASCITA], residente a [LUOGO_DI_RESIDENZA] in via/piazza [INDIRIZZO_RESIDENZA],

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio, utili ai fini della valutazione per l'insegnamento di [NOME_DISCIPLINA_E_CODICE_SAD]:

1. Titolo di accesso (Diploma Accademico di II livello o previgente ordinamento AFAM, Laurea Magistrale/Vecchio Ordinamento Universitario o equivalenti esteri):

Titolo conseguito: []

Data di conseguimento: [] / [] / [] Voto: []

Presso l'Istituzione/Università: []

(Indicare eventuale stretta attinenza al Settore Artistico Disciplinare a bando):

[]

2. Altri Titoli Accademici (Diploma Accademico di I livello o previgente ordinamento AFAM, Laurea Triennale Universitaria - da indicare in particolare se non si possiede il titolo di cui al punto 1):

Titolo conseguito: []

Data di conseguimento: [] / [] / [] Voto: []

Presso l'Istituzione/Università: []

3. Dottorato di Ricerca:

Titolo conseguito: []

Data di conseguimento: [] / [] / []

Ufficio Personale

Accademia di Belle Arti "Mario Sironi" - Via Duca degli Abruzzi 4 07100 Sassari
Centralino +39 079 280022 – info@accademiasironi.it – accademiasironi@pec.it
www.accademiasironi.it



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Alta Formazione Artistica, Musicale e Coreutica

Accademia di Belle Arti "Mario Sironi"

Presso l'Istituzione/Università: []

4. Master di I o II livello / Diplomi di Specializzazione (es. Accademia Nazionale di S. Cecilia) / Corsi di Perfezionamento post-lauream:

Titolo conseguito: []

Data di conseguimento: [] / [] / []

Presso l'Istituzione/Università: []

(Note per il candidato: è possibile inserire ulteriori titoli di studio pertinenti duplicando i campi soprastanti,

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data: [], [] / [] / []

Firma (autografa o digitale): []

Ufficio Personale

Accademia di Belle Arti "Mario Sironi" - Via Duca degli Abruzzi 4 07100 Sassari
Centralino +39 079 280022 – info@accademiasironi.it – accademiasironi@pec.it
www.accademiasironi.it