****

**ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO PER I SERVIZI SOCIALI**

**“Francesca Laura MORVILLO FALCONE”**

**Via Galanti, 1 - Tel. 0831/513991 - Fax 0831/518357**

**brrf010008@istruzione.it – brrf010008@pec.istruzione.it**

 **www.morvillofalconebrindisi.edu.it**

# 72100 B R I N D I S I

**Allegato 1a “DICHIARAZIONE ATTIVITA’ LAVORATIVA SVOLTA PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI” CANDIDATI ESTERNI**

**Allegato 1a ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL’ESAME DI ABILITAZIONE ALL’ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI ODONTOTECNICO, settembre-ottobre 2020**

(art. 46 DPR 28/12/2020, n. 445 – dichiarazione sostitutiva di certificazione)

 **Al Dirigente Scolastico**

 **IPSSS “F.L. Morvillo Falcone”**

 **Via Galanti, 1**

 **72100 BRINDISI**

La/Il sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di candidato all’esame di abilitazione all’esercizio della professione di Odontotecnico nella sessione di Settembre - Ottobre 2020, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE PENALI COMMINATE DALL’ART. 76 DEL DPR 445 DEL 28 DICEMBRE 2000 IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE, AI SENSI DELL’ART. 2 COMMA 2 DELL’O.M. DEL 15/06/2016, di seguito riportato: “*I candidati devono documentare, altresì, di aver svolto attività lavorativa o di aver frequentato un corso di formazione professionale , autorizzato dalla Regione, di intesa con il Ministero della Salute, ai sensi dell’art. 8, comma 1, del decreto 28 ottobre 1992 del Ministero della Sanità, avente ad oggetto le attività e gli insegnamenti obbligatori del corso di studio Servizi Socio Sanitari - Articolazione “Arti ausiliarie delle professioni sanitarie, “Ottico” e Odontotecnico” di cui al d. P.R. 15 marzo 2010, n. 87. L’attività lavorativa deve essere tale che possa considerarsi sostitutiva, per durata e contenuti, della formazione pratica acquisita nei percorsi che rilascino il titolo*.”

**DICHIARA**

di aver prestato servizio presso: Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro (barrate la voce di interesse)  dipendente  libero professionista  collaborazione  altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Impegno orario:  a tempo pieno (ore\_\_\_\_\_\_ settimanali)  a tempo parziale (ore\_\_\_\_\_\_ settimanali) periodo lavorativo: dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara altresì di essere informata/o, secondo quanto previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo) (data) Firma (per esteso e leggibile)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_