



All. C2 – Dichiarazione delle annualità di servizio¹ ai fini della valutazione titoli

ATTENZIONE: Il presente modulo deve essere presentato compilato, firmato con firma autografa, scansionato e caricato, in formato pdf, durante la dichiarazione online dei titoli valutabili su <http://fol.unibo.it/> cliccando su “Nuova Richiesta”, selezionando “Studenti”, poi l'opzione “Percorsi abilitazione insegnanti” e il modulo corrispondente alla classe di concorso di interesse.

CLASSE DI CONCORSO: _____

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ (prov. _____),

CAP _____ in via _____ n. _____

Tel. _____ / _____, e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARO:

✓ che le **annualità di servizio** qui riportate sono **diverse da quelle eventualmente dichiarate ai fini dell'accesso alla quota di riserva del 45%**.

✓ **di aver prestato:**

1) N. _____ [Indicare il numero totale] anni di Servizio di insegnamento nelle istituzioni scolastiche, statali e paritarie, e nelle istituzioni formative accreditate dalle regioni, **nella classe di concorso specifica** per la quale si intende conseguire l'abilitazione e precisamente:

Istituzione presso cui è stato svolto il servizio:

[compilare una tabella per ogni anno di servizio svolto; ripetere la tabella se necessario]

¹ È considerato un anno scolastico intero un periodo di servizio svolto per almeno 180 giorni nell'anno scolastico di riferimento oppure un servizio prestato ininterrottamente dal 1° febbraio fino al termine delle operazioni di scrutinio finale.



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

CENTRO FORMAZIONE
INSEGNANTI

Anno scolastico /	
Istituzione scolastica	N. complessivo giorni di servizio
Per un numero TOTALE di giorni di servizio pari a	

[Aggiungere righe se necessario]

Anno scolastico /	
Istituzione scolastica	N. complessivo giorni di servizio
Per un numero TOTALE di giorni di servizio pari a	

[Aggiungere righe se necessario]

Anno scolastico /	
Istituzione scolastica	N. complessivo giorni di servizio

CENTRO FORMAZIONE INSEGNANTI

Via Zamboni 33 | 40126 Bologna | Italia | cfi.formazioneinsegnanti@unibo.it



Per un numero TOTALE di giorni di servizio pari a	

[Aggiungere righe se necessario]

✓ **di aver prestato:**

2) N. ____ [Indicare il numero totale] anni di Servizio di insegnamento nelle istituzioni scolastiche, statali e paritarie, e nelle istituzioni formative accreditate dalle regioni, **per le attività di sostegno didattico** agli alunni con disabilità **nel grado di scuola coerente con la classe di concorso** per la quale si intende conseguire l'abilitazione e precisamente:

Istituzione presso cui è stato svolto il servizio:

[compilare una tabella per ogni anno di servizio svolto; ripetere la tabella se necessario]

Anno scolastico		
..... /		
Istituzione scolastica	Grado di scuola	N. complessivo giorni di servizio
Per un numero TOTALE di giorni di servizio pari a		

[Aggiungere righe se necessario]

Anno scolastico		
..... /		
Istituzione scolastica	Grado di scuola	N. complessivo giorni di servizio



Per un numero TOTALE di giorni di servizio pari a		

[Aggiungere righe se necessario]

3) N. ____ [Indicare il numero totale] anni di Servizio di insegnamento nelle istituzioni scolastiche, statali e paritarie, e nelle istituzioni formative accreditate dalle regioni, **in classe di concorso diversa** da quella per la quale si intende conseguire l'abilitazione e precisamente:

Istituzione presso cui è stato svolto il servizio:

[compilare una tabella per ogni anno di servizio svolto; ripetere la tabella se necessario]

Anno scolastico /	
Istituzione scolastica	N. complessivo giorni di servizio
Per un numero TOTALE di giorni di servizio pari a	

[Aggiungere righe se necessario]

Anno scolastico /	
Istituzione scolastica	N. complessivo giorni di servizio



Per un numero TOTALE di giorni di servizio pari a	
--	--

[Aggiungere righe se necessario]

Anno scolastico /	
Istituzione scolastica	N. complessivo giorni di servizio
Per un numero TOTALE di giorni di servizio pari a	

[Aggiungere righe se necessario]

✓ **di aver prestato:**

4) N. ____ *[Indicare il numero totale]* anni di Servizio di insegnamento nelle istituzioni scolastiche, statali e paritarie, e nelle istituzioni formative accreditate dalle regioni, **per le attività di sostegno didattico** agli alunni con disabilità **in grado di scuola non coerente con la classe di concorso** per la quale si intende conseguire l'abilitazione e precisamente:

Istituzione presso cui è stato svolto il servizio:

[compilare una tabella per ogni anno di servizio svolto; ripetere la tabella se necessario]

Anno scolastico /		
Istituzione scolastica	Grado di scuola	N. complessivo giorni di servizio



ALMA MATER STUDIORUM | CENTRO FORMAZIONE
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA | INSEGNANTI

Per un numero TOTALE di giorni di servizio pari a	
--	--

[Aggiungere righe se necessario]

Anno scolastico		
..... /		
Istituzione scolastica	Grado di scuola	N. complessivo giorni di servizio
Per un numero TOTALE di giorni di servizio pari a		

[Aggiungere righe se necessario]

Bologna, _____

(data)

(firma autografa)²

² Per autografa si intende la firma apposta a mano. Il presente documento deve essere compilato, firmato, scansionato e allegato su FOL.