

## CERTIFICAZIONE

( Art. 46 – D.P.R. 28 dicembre 12/2000 n. 445)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ ( )  
il \_\_\_\_\_ ; residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_, C.F. : \_\_\_\_\_ dipendente a tempo indeterminato, in servizio presso  
\_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali previste  
per il caso di dichiarazione mendace così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e consapevole, ai  
sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un  
provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi mendace:

### CHIEDE

la rettifica della propria posizione nella “graduatoria ricognitiva” relativa alla progressione economica  
orizzontale di cui agli artt. 84 e 85 del C.C.R.L. 2002/2005 limitatamente al punteggio attribuito per il  
titolo di studio posseduto dallo stesso.

Data: \_\_\_\_\_ Firma dichiarante: \_\_\_\_\_

A tal fine

### DICHIARA DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI DI STUDIO

(barrare con una X il riquadro)

- |   |  |            |            |
|---|--|------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Scuola dell'obbligo            | istituto _____                                 | anno _____ | voto _____ |
| <input type="checkbox"/> Diploma                        | istituto _____                                 | anno _____ | voto _____ |
| <input type="checkbox"/> Laurea Triennale               | <input type="checkbox"/> Diploma universitario | anno _____ | voto _____ |
| Università di _____                                     | Facoltà _____                                  |            |            |
| <input type="checkbox"/> Laurea vecchio ordinamento     | <input type="checkbox"/> Laurea specialistica  | anno _____ | voto _____ |
| Università di _____                                     | Facoltà _____                                  |            |            |
| <input type="checkbox"/> Specializzazione universitaria | _____  |            |            |
| <input type="checkbox"/> Abilitazione professionale     | _____  |            |            |

Data: \_\_\_\_\_ Firma dichiarante: \_\_\_\_\_