ALLEGATO 5

AUTOCERTIFICAZIONE
del Titoli di studio e abilitazioni professionali
(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000.n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il ____/____/_____ a _____(___)

residente in _____ via _____n°___

in qualità di esercente la potestà/tutela sul minore (da compilare da uno dei genitori se il candidato è minorenne) _____, nato il ___/___/____,

in _____(___)

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA di

[1] essere in possesso del seguente titolo di studio

_____

conseguito in data _____ presso _____

_____ con il seguente punteggio _____;

[2] essere in possesso della seguente qualifica professionale_____

_____

conseguita in data _____ presso _____

_____ con il seguente punteggio _____;

[3] essere in possesso del seguente titolo di specializzazione/abilitazione _____

_____

_____

[4] essere in possesso della seguente qualificazione tecnica _____

_____

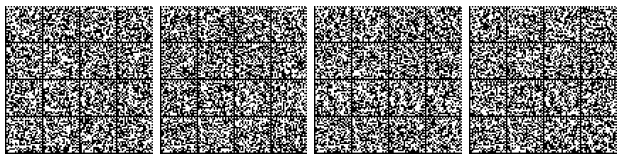
Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000

data _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

_____

Si allega fotocopia del documento del dichiarante.



Certificato anamnestico da compilare a cura del medico curante di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ (____) il ____/____/_____

residente in _____ (_____)

Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____

Tipo documento _____ Numero _____

Rilasciato da _____ in data _____

in relazione agli stati patologici presenti nel decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198 e alle malattie di seguito elencate:

(barrare la voce interessata)

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio ----------NO SI
Se SI quali? _____

Sussiste diabete?----------NO SI

Sussistono patologie della tiroide/surreni/pancreas/ipofisi?----------NO SI
Se SI quali? _____

Sussistono turbe e/o patologie psichiche già note?----------NO SI
Se SI quali? _____

Soffre di patologie neurologiche?----------NO SI
Se SI quali? _____

Sussistono malattie del sangue? ----------NO SI
Se SI quali? _____

Sussistono malattie dell'apparato urogenitale? ----------NO SI
Se SI quali? _____

Altro _____

_____

Elencare le altre malattie/infermità sofferte in passato dalla nascita ad oggi (malattie, interventi chirurgici, allergie, lesioni, traumi, fratture, ricoveri ospedalieri, etc) presenti nel decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198:

_____

_____

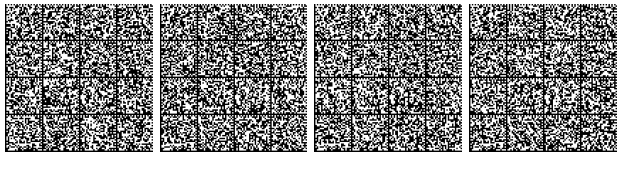
Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

Firma dell'interessato

_____

Firma del Medico di fiducia e codice regionale
(Nome e Cognome in stampatello o timbro)

_____

Luogo e data, _____

14E00914