

## Allegato 4 – Fac-Simile Autocertificazione esperienza lavorativa

Il / La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di false dichiarazioni dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

**Di aver maturato la seguente esperienza lavorativa come **FORMATORE e FORMATORE A SOSTEGNO DELLA DISABILITA'**: (da specificare per ciascun anno formativo di esperienza maturata)**

#### 1) ANNO FORMATIVO \_\_\_\_\_

ESPERIENZA LAVORATIVA:

**a) DOCENZA NELLA MATERIA** \_\_\_\_\_

PRESSO (SCUOLA / AZIENDA / ENTE DI FORMAZIONE):

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

CF / PIVA \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

E/O

**b) ESPERIENZA LAVORATIVA NELLA MANSIONE DI** \_\_\_\_\_

PRESSO (SCUOLA / AZIENDA / ENTE DI FORMAZIONE):

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

CF / PIVA \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

#### 2) ANNO FORMATIVO \_\_\_\_\_

ESPERIENZA LAVORATIVA:

**a) DOCENZA NELLA MATERIA** \_\_\_\_\_

PRESSO (SCUOLA / AZIENDA / ENTE DI FORMAZIONE):

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

CF / PIVA \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

E/O

**b) ESPERIENZA LAVORATIVA NELLA MANSIONE DI** \_\_\_\_\_

PRESSO (SCUOLA / AZIENDA / ENTE DI FORMAZIONE):

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

CF / PIVA \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

Di aver maturato la seguente esperienza lavorativa come **TUTOR FORMATIVO**: (da specificare per ciascun anno formativo di esperienza maturata)

1) ANNO FORMATIVO \_\_\_\_\_

ESPERIENZA LAVORATIVA DI:

TUTORING            o            ORIENTAMENTO            o            COUNSELING

PRESSO (SCUOLA / AZIENDA / ENTE DI FORMAZIONE):

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

CF / PIVA \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

2) ANNO FORMATIVO \_\_\_\_\_

ESPERIENZA LAVORATIVA DI:

TUTORING            o            ORIENTAMENTO            o            COUNSELING

PRESSO (SCUOLA / AZIENDA / ENTE DI FORMAZIONE):

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

CF / PIVA \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

Di aver maturato la seguente esperienza lavorativa come **COORDINATORE DISABILITA'**: (da specificare per ciascun anno formativo di esperienza maturata)

1) ANNO FORMATIVO \_\_\_\_\_

a) **ESPERIENZA LAVORATIVA:**

NELL'AMBITO DELLO SVANTAGGIO (specificare)

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

PRESSO (SCUOLA / AZIENDA / ENTE DI FORMAZIONE):

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

CF / PIVA \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

E/O

b) **ESPERIENZA LAVORATIVA:**

NELL'AMBITO DELLA DISABILITA' (specificare)

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

PRESSO (SCUOLA / AZIENDA / ENTE DI FORMAZIONE):

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

CF / PIVA \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

**2) ANNO FORMATIVO** \_\_\_\_\_

**a) ESPERIENZA LAVORATIVA:**

NELL'AMBITO DELLO SVANTAGGIO (specificare)

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

PRESSO (SCUOLA / AZIENDA / ENTE DI FORMAZIONE):

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

CF / PIVA \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

E/O

**b) ESPERIENZA LAVORATIVA:**

NELL'AMBITO DELLA DISABILITA' (specificare)

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

PRESSO (SCUOLA / AZIENDA / ENTE DI FORMAZIONE):

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

CF / PIVA \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_