



ALLEGATO 2 - DICHIARAZIONE ESPERIENZA PROFESSIONALE E DIDATTICA

Al Comitato Tecnico Scientifico
Fondazione ITS "Albatros"
 Viale Giostra n. 2
 98121 - Messina (ME)

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ (Prov. _____) il _____ e
 residente a _____ (Prov _____) via
 _____ n. _____ CAP
 _____ C.F. _____, candidato
 per l'insegnamento del seguente modulo /unità formativa

nell'ambito del progetto Health Food 4.0 - Tecnico superiore esperto in cucina salutistica (CIP: 2014.IT.05.SFOP.014/3/10.6/9.2.02/0018 - CUP: G47H20001320006) percorso ITS per "Tecnico superiore responsabile delle produzioni e delle trasformazioni agrarie, agroalimentari e agroindustriali" – Sede corsuale: Messina (ME),

avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di possedere **adeguate e certificate competenze** per svolgere le attività formative del suddetto modulo /unità formativa;
- di aver cumulato, alla data di presentazione della domanda di inserimento, n. _____ mesi di **esperienza professionale**; le esperienze professionali, così come indicate nel Curriculum Vitae in formato europeo, allegato alla domanda di inserimento, che contribuiscono a raggiungere il suddetto numero di mesi sono le seguenti:

Esperienza professionale	Durata (dal/al)	Durata (in n. mesi)

- di aver cumulato, alla data di presentazione della domanda di inserimento, n. _____ mesi di **esperienza didattica**; le esperienze didattiche, così come indicate nel Curriculum Vitae in formato europeo allegato alla domanda di inserimento, che contribuiscono a raggiungere il suddetto numero di mesi sono le seguenti:



UNIONE EUROPEA



Ministero dell'Istruzione



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO REGIONALE
DELL'ISTRUZIONE
E DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE



Fondo Sociale Europeo



fondazione
ALBATROS
ITS AGROALIMENTARE



ISTITUTI
TECNICI
SUPERIORI



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
PROGRAMMA OPERATIVO

Esperienza didattica	Durata (dal/al)	Durata (in n. mesi)

Si autorizza il trattamento dei dati forniti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i e del Regolamento generale sulla protezione dei dati personali (UE) 2016/679 – GDPR

Luogo e data _____

Firma _____

(Sottoscritta ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.
con allegato documento di identità)