Modello 2 \_ autocertificazione attività di autoformazione e accompagnamento previste dal Piano di Formazione dei DS neoassunti a.s. 2019/2020

**AUTOCERTIFICAZIONE**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ (Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

|  |
| --- |
| Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

# DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di aver effettuato le seguenti attività di autoformazione e attività di accompagnamento, con riferimento alle indicazioni fornite dal Ministero con la nota prot. 7304 del 27.03.2020, secondo le modalità previste dall’USR Campania con nota prot.8711 del 21.04.2020

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTOFORMAZIONE** | **TIPOLOGIA DI ATTIVITA’** | **ARGOMENTO** | **RELATORI** | **MODALITA’ DI EROGAZIONE** | **Durata** |
|  | ►The Virtual Visiting | Condivisione di strumenti organizzativi e gestionali per l’attuale fase di emergenza | Dirigente Scolastico  **Polo Regionale IS Torrente di Casoria**  ***Giovanni De Rosa*** | Web meeting  04.06.2020 | 2 ORE |
| ►Corso di formazione organizzato dall’USR Campania | *“Sull’anticorruzione, sui contratti pubblici e le responsabilità* | AVVOCATI  dell’Avvocatura Generale dello Stato | Seminari in presenza | …../30 ORE |
| ► Corsi tenuti da enti di formazione, Associazioni professionali (specificare) |  |  |  |  |
| ►Corsi universitari (specificare |  |  |  |  |
| ►Attività di ricerca (specificare) |  |  |  |  |
| **TOTALE ORE DI AUTOFORMAZIONE …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …./.25 ORE** | | | | | |
| **ATTIVITA’ DI ACCOMPAGNAMENTO** | **MODALITA’ A DISTANZA** | **ATTIVITA’ SVOLTE** | **TUTOR** | **DATA DI SVOLGIMENTO** | **Durata** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE ORE DI ACCOMPAGNAMENTO IN MODALITA’ A DISTANZA …………………………………………………………………………………………………………………………………. …./15 ORE** | | | | | |
|  | | | | | |
| **AUTOFORMAZIONE** | **SPECIFICARE TIPOLOGIA DI ATTIVITA’ SVOLTA** | | **ARGOMENTO TRATTATO** | | **Durata** |
|  |  | |  | |  |
| **TOTALE ORE DI ACCOMPAGNAMENTO IN MODALITA’ A DISTANZA …………………………………………………………………………………………………………………………………. 15 ORE** | | | | | |
| **TOTALE COMPLESSIVO ATTIVITA’ DI ACOCMPAGNAMENTO E AUTOFORMAZIONE……………………………………………………………… …………………………………………. …../50 ORE** | | | | | |

Luogo, data e firma / / *Compilare, firmare e salvare file in formato pdf*