C.a. prof.ssa Domenica Farinella
Direttrice Master I livello per la specializzazione in metodi e pratiche di rafforzamento dei percorsi di presa in carico e accompagnamento sociale.
Università degli studi di Messina
Dichiarazione allegata a domanda di iscrizione

OGGETTO: autocertificazione stato di servizio – dott./ssa _____

Con la presente il/la sottoscritto/a _____ ,

nato/a _____ il_____ residente a _____ (___),

Via/Piazza _____, CAP _____

C.F._____, tel._____

candidato/a all'iscrizione al Master di I livello per la specializzazione in metodi e pratiche di rafforzamento dei percorsi di presa in carico e accompagnamento sociale. competenze per le equipe multidisciplinari nel sociale, II Edizione, 2026-2027, finanziato a valere sulla Priorità 1 "Sostegno all'inclusione sociale e lotta alla povertà" - Obiettivo specifico k (ESO4.11), consapevole delle sanzioni penali e civili, conseguenti a dichiarazioni mendaci, formazione e/o uso di atti falsi di cui all'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere disposta dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità:

• di essere dipendente con contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato del Comune/Ambito Territoriale Sociale (barrare l'opzione non pertinente) presso _____,	☐
• di ricoprire compiti e funzioni specifiche nel settore dei servizi sociali all'interno delle equipe multidisciplinari (eventuali specifiche: _____)	☐
• di non essere beneficiario di altre forme di sostegno finanziario per il medesimo master.	☐

OPPURE

• di essere dipendenti, con contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, di enti del Terzo settore o di altri soggetti gestori che, sulla base di convenzioni, accordi, affidamenti o procedure di esternalizzazione, operano stabilmente nell'ambito delle équipe multidisciplinari degli Ambiti territoriali sociali e concorrono all'erogazione dei servizi sociali territoriali presso _____	☐
• di essere in possesso dei seguenti requisiti di servizio: 1. operare stabilmente nell'équipe multidisciplinare dell'ATS	☐

2. svolgere funzioni riconducibili ai servizi sociali territoriali dell'Ambito; 3. essere impiegato nell'ambito di un rapporto convenzionale, contrattuale o di affidamento in essere con l'Ambito territoriale sociale.	
• di non essere beneficiario di altre forme di sostegno finanziario per il medesimo master.	☐

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 13 del D.L.vo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i propri dati personali saranno utilizzati dall'Università di Urbino per le sole finalità istituzionali, nel rispetto delle disposizioni vigenti.
Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere a conoscenza del fatto che se alla data del 18 luglio 2026 non abbia raggiunto la frequenza minima richiesta pari all'80% delle ore di durata del Master è tenuto al pagamento la quota dell'importo del Master che non sarà riconosciuta dall'Autorità di gestione, pari a euro 640.

(firma)

Data, ___/___/_____