

**4° CORSO DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE PER IL TRANSITO DEL
PERSONALE DELLA POLIZIA DI STATO NEI RUOLI DEL PERSONALE CHE
ESPLETA ATTIVITÀ TECNICO-SCIENTIFICA O TECNICA**

AUTOCERTIFICAZIONE

QUALIFICA/COGNOME/NOME:

UFFICIO DI APPARTENENZA:

SETTIMANA DAL ____ / ____ / ____ AL ____ / ____ / ____

DICHIARA

di avere svolto l'attività formativa *e-learning* "a domicilio" con gli orari di seguito indicati:

GIORNO	ORARIO PREVISTO dal calendario delle lezioni	ORARIO SVOLTO	NOTE *
LUNEDI			
MARTEDI			
MERCOLEDI			
GIOVEDI			
VENERDI			

(Firma)

VISTO

Il Dirigente dell'Ufficio

(Timbro e Firma)

Il presente modulo va compilato a mano e consegnato all'ufficio/reparto di appartenenza.

* Inserire una lettera con caratteri minuscoli e riportare le eventuali notizie circa le variazioni dell'orario previsto con le relative motivazioni qui di seguito alla lettera corrispondente:

a: _____

b: _____

c: _____