**ALLEGATO 1** ( istanza di partecipazione )

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ESPERTO FORMATORE

CORSO DI FORMAZIONE PER COLL.RI SCOLASTICI

Il sottoscritto/a.................................................nato/a a .............................il............................, C.F.............................................Residente in............................ provincia......................via.........................n.........................................recapito telefonico fisso ............................recapito cellulare....................................................mail.................................................................

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione per il reclutamento del seguente profilo professionale previsto dall'Avviso pubblico :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **segnare con una X il profilo richiesto** | **Contenuti del corso** | **figure professionali previste** | **Calendario** |
|  | Il q Tipologie di disabilità e personalizzazione degli interventi di assistenza ; | **Dirigente scolastico** | 29/08/16  15,30-19,30 |
|  | Il q Il quadro normativo e il ruolo del collaboratore scolastico nel processo d’ integrazione; | **Neuropsichiatra infantile** | 31/08/16  15,30-19,30 |
|  | Il “ Il “caregiving” per l’alunno in situazione di disabilità: igiene della persona e dell’ambiente, assistenza all’alimentazione, cura di sé, modalità di supporto alla deambulazione, promozione del movimento a scuola, | **Medico-Pediatra**  **Infermiere specializzato , operatore socio sanitario, operatore socio assistenziale ,** | 01/09/2016  02/09/2016  15,30-19,30 |
|  | Prim Primo soccorso e assistenza in situazione “difficili” (interventi in casi di frattura e contusione, crisi respiratorie, crisi convulsive, soffocamento, farmaci salvavita, | **Infermiere specializzato , operatore socio sanitario, operatore socio assistenziale con esperienze relativamente alla disabilità** | 03/09/2016  05/09/2016  06/09/2016  15,30-19,30 |
|  | Accoglienza, relazionalità e benessere affettivo: dalla relazione interpersonale all’integrazione nel gruppo | **Psicologo o Pedagogista**  **con esperienze relativamente alla disabilità** | 08/09/2016  09/09/2016  10/09/2016  15,30-19,30 |

................lì

firma

**N.B. ciascun aspirante può richiedere 1 solo ambito di intervento** .

**ALLEGATO 3 ( DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA )**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (Artt. 4 e 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)** II/la sottoscritto/a (cognome) (nome)

nato a ( ) il (luogo) (prov.)

residente a ( ) in Via n. (luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice Fiscale

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000**

**DICHIARA**

* di essere nato/a a ) il di essere residente a
* di essere cittadino italiano (oppure)
* di godere dei diritti civili e politici
* di essere iscritto nell'albo o elenco tenuto da pubblica

amministrazione di

* di svolgere la professione di
* di appartenere all'ordine/albo professionale
* titolo di studio posseduto rilasciato dalla Scuola/università

di

* qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di

qualificazione tecnica

* stato di disoccupazione
* di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

**Barrare la/e voce/i che riguardano la/e dichiarazione/i da produrre**

(luogo, data) IL DICHIARANTE

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.** Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

tabella valutazione titoli (allegato 2 )

Il sottoscritto/a..........................................................................nato/a.........................il....................................

dichiara che i titoli di seguito elencati ed auto-valutati trovano riscontro nel C.v. allegato

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TITOLI CULTURALI (A ) max 55 punti** | | | |
| Titoli | Punteggio | Punti a cura del candidato | Riservato al d.s. |
| Diploma di laurea V.O | Fino a 100/100 punti 3 |  |  |
| Da 101 a 105/110 punti 4 |
| Da 106 a 110/110 punti 5 |
| 110 e lode punti 6 |
| Laurea nuovo ordinamento  Triennale | Fino a 104 punti 1 |  |  |
| Fino a 108 punti 2 |
| Da 109/110 con lode  punti 3 |
| Laurea specialistica con  Votazione fino a 100 | Punti 3 |  |  |
| Laurea specialistica con  Votazione da 101 a 105 | Punti 4 |  |  |
| Laurea specialistica con  Votazione da 106 a 110 | Punti 5 |  |  |
| Laurea specialistica con  Votazione 110 e lode | Punti 6 |  |  |
| Attestato di qualifica professionale O.S.S. | Punti 3 |  |  |
| Attestato di qualifica professionale O.S.A. | Punti 2 |  |  |
| Master 1° livello | Punti 1 |  |  |
| Master 2° livello | Punti 2 |  |  |
| Abilitazione all'esercizio della professione | Punti 1 |  |  |
| Certificazioni competenze specifiche (corsi di formazione e aggiornamento inerenti ) max 2 attestati | Da 20 a 60 h punti 0,50 |  |  |
| Da 60a100 h  punti 1 |
| **TABELLA VALUTAZIONE ESPERIENZE LAVORATIVE ( B ) max 35 punti** | | | |
| Esperienze lavorative in comunità, strutture ospedaliere, socio educative, etc con soggetti disabili. | Da 0 a 3 anni punti 3 |  |  |
| Da 3 a 6 anni  Punti 6 |
| Da 6 a 10 anni  Punti 10 |
| > 10  Punti 16 |
| **TABELLA TITOLI ESPERIENZA DIDATTICA ( C) max punti 10** | | | |
| Esperienze in qualità di relatore /docente in corsi di formazione con tematiche inerenti | Punti 2 fino ad un max di 10 |  |  |

.................lì....................... firma