Allegato A

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ prov. _____

CF _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

in possesso del titolo di studio _____

indirizzo di posta elettronica _____

PEC_____

CHIEDE

Di accedere alla selezione del personale formatore con esperienza professionale nelle attività di sostegno per soggetti diversamente abili – DOCENTE DI SOSTEGNO per la sede di:

❒ VITTORIA

❒ POZZALLO

(possono essere indicate anche entrambe le sedi)

DICHIARA

- Di essere iscritto all'albo regionale dei formatori di cui al D.D.G. 5586 del 23/0/2016 e ss.mm.ii.
  - ❒ Si
  - ❒ NO
- Di essere iscritto all'elenco di cui al D.D.G. n. 3271 del 23/07/2018
  - ❒ Si
  - ❒ NO
- Di essere rilevabile dal SARF della Regione Sicilia di cui alla L.R. 23/2019 e ss.mm.ii.
  - ❒ Si
  - ❒ NO

DICHIARA altresì

Che i contenuti del curriculum e i titoli elencati sono veritieri e di questi è, eventualmente, disponibile ad esibirne gli originali.

Allega:

- Curriculum vitae in formato europeo con esplicita dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali firmato in ogni pagina;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sottoscritto;
- Fotocopia del codice fiscale;
- Fotocopia del titolo di studio o autocertificazione, come da format allegato (**Allegato B**);
- Dichiarazione docenti sull'esperienza professionale (**Allegato C**);
- Altri documenti che il candidato ritenga utili per la valutazione.

Autorizzo espressamente l'utilizzo dei miei dati personali.

Luogo e data _____ Firma _____

Allegato B

AUTOCERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO

(art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ prov. _____ CF _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____

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

DICHIARA

Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito presso _____

nell'anno _____ con votazione _____

Luogo e data _____ Firma _____

Allegato C

DICHIARAZIONE DOCENTI SULL'ESPERIENZA PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a …….…….…… nato/a a ……..…….…….. (….) il …….... , Codice Fiscale ……..…….…… , in riferimento alla manifestazione di interesse per il profilo di DOCENTE DI SOSTEGNO, 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;
- di aver cumulato alla data di avvio delle attività progettuali prevista/avvenuta il …….. n. …… anni di **esperienza professionale** e quindi di rientrare nella fascia …….. ; le esperienze professionali, così come indicate nel Curriculum Vitae allegato alla presente, che contribuiscono a raggiungere il suddetto numero di anni sono le seguenti:

Esperienza professionale	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.

Data ……..

Firma

……