**AVVISO PROT. 749 del 22.02.2021**

***ALLEGATO 1***

 AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’I.C di Falerna Nocera Terinese

Via Rosario 1

88042 Falerna

Il/La sottoscritta/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cap.\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede**

di partecipare all’avviso, indetto da codesta Istituzione scolastica, per l’attribuzione di

* figura di assistente alla persona e all’autonomia di alunni diversamente abili
* figura di educatore di supporto al Piano educativo personalizzato per alunno diversamente abile

BARRARE LA FIGURA PER LA QUALE SI FA DOMANDA ( anche nel caso si concorra per entrambe )

**Dichiara**

a.di essere cittadino italiano. Tale requisito non è richiesto per i soggetti appartenenti all'Unione
 Europea, fatte salve le eccezioni di cui al D.P.C.M. 07/02/1994 n° 174;

b. Età non inferiore ai 18 anni

c. di godere dei diritti politici e civili non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso
 una Pubblica Amministrazione, né trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità;

d. Non aver riportato condanne penali, né aver precedenti penali in corso, che precludano la costituzione del rapporto di pubblico impiego;

e. Idoneità fisica all'impiego. L'Istituzione scolastica si riserva di richiedere certificazione medica
 di idoneità in base alla normativa vigente. Ai sensi dell'art. 1 della Legge 28/03/1991 n° 120 si
 stabilisce che la condizione di non vedente, ai fini del presente bando, per le implicazioni
 professionali, costituisce causa di inidoneità.

f. esperienza nella gestione e trattamento dei ragazzi diversamente abili riconosciuta e attestata da certificazione

g. Titolo di studio:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si possiede il titolo aggiuntivo di Operatore Socio Sanitario? (titolo aggiuntivo valevole solo per il ruolo di assistente alla persona)

* SI
* NO

**Alla presente allega:**

1. **Fotocopia del documento di identità personale**
2. **Curriculum vitae in formato europeo che contiene le informazioni necessarie alla valutazione**

**Il sottoscritto attesta la veridicità delle informazioni fornite ai sensi del D.P.R. 445/2000.**

**Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali del Regolamento U.E. 679/2016 e D.Lgs. 101/2018**

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma (leggibile)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**