***ALLEGATO 1*** ***dell’avviso Diritto allo studio Figure Specialistiche ex L. 27/85***

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 educatore specializzato in disturbi dello spettro autistico
* figura di educatore

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

**Dichiara**

* 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;
* Età non inferiore ai 18 anni
* 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;
* di non aver riportato condanne penali, né aver precedenti penali in corso, che precludano la costituzione del rapporto di pubblico impiego;
* 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.
* esperienza nella gestione e trattamento dei ragazzi diversamente abili riconosciuta e attestata da certificazione
* Titolo di studio:

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

**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)**

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