Al Dirigente scolastico

D. D. Terzo Circolo Foligno

**Oggetto:** **domanda di partecipazione per la selezione di docente interno e collaboratore scolastico nei corsi di recupero.**

Il/La sottoscritto/a

COGNOME NOME…………………………………………………………………………………………………………………………….

CODICE FISCALE………………………………………………………………………………………………………………………………

DATA DI NASCITA /………………………………………………………………. / LUOGO DI NASCITA……………………..

PROVINCIA E-MAIL……………………………………………………………………………………………………………………….

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione di cui all’oggetto in qualità di:

(barrare la casella di riferimento)

**Collaboratore scolastico**

Per i collaboratori scolastici sarà cura della Direzione verificare gli anni di servizio.

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Docente per i Corsi di Recupero**:

A- ambito linguistico,

B- Ambito logico-matematico.

Dichiara inoltre di:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **Punteggio** |
| essere docente di ruolo | Da uno a 7 anni p.2 |  |
| essere docente di ruolo | Oltre 7 anni p.4 |  |
| essere docente di ruolo in questa scuola | Da uno a 5 anni p.2 |  |
| essere docente di ruolo in questa scuola | Oltre 5 anni p. 3 |  |
| avere precedenti esperienze relative alle attività riferibili all’art. 9 del CCNL 2007 | Un punto per ogni corso max 5 punti |  |
| aver partecipato a corsi di formazione attinenti al progetto | Un punto per ogni corso max 3 punti |  |
| Totale punteggio max 15 punti | |  |

Il/la sottoscritto/a con la presente, ai sensi dell’art.13 del d.lgs m. 196/03 (codice privacy) e Regolamento GDPR UE 279/2016, DICHIARA di essere a conoscenza che tutti i dati di cui questo Istituto venga in possesso saranno trattati ai sensi della normativa vigente.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_