*ALLEGATO 1* – Pag. 1 di 4 – ISTANZA DI AMMISSIONE

Al Dirigente Scolastico

dell’I.I.S. NELSON MANDELA”

di Castelnovo ne’ Monti Via Matilde di Canossa

42035 Castelnovo ne’ Monti (RE)

*OGGETTO*: Istanza di ammissione alla gara per l’individuazione di esperti cui affidare le unità didattiche programmate per la realizzazione del corso sperimentale finalizzato al conseguimento del certificato di qualifica professionale di “OPERATORE SOCIO SANITARIO” aa. ss. 2019/2020 – 2020/2021.

Il/La sottoscritto/a nato/a il a residente a

in via nr. tel: indirizzo di posta elettronica: cittadinanza codice fiscale partita iva (se titolare) nr.

CHIEDE

di partecipare alla gara per la selezione e il reclutamento di esperti esterni:

 **INFERMIERE**  **FISIOTERAPISTA**

cui affidare le unità didattiche programmate per la realizzazione del corso sperimentale finalizzato al conseguimento del certificato di qualifica professionale di “OPERATORE SOCIO SANITARIO” indetta dall’istituto Scolastico in indirizzo tramite avviso pubblicato all’albo dell’istituto in data 24/10/2019

A tal fine e per ottemperare alla primaria condizione richiesta (requisiti minimi per assunzione in pubbliche amministrazioni), consapevole della responsabilità penale e della decadenza di qualsivoglia beneficio in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell’art.46, 75,76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di:

1. essere in possesso dei requisiti e/o titoli obbligatori di accesso richiesti nell’avviso pubblico all’Art. 1;
2. godere dei diritti civili e politici;
3. non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario;
4. essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
5. di essere dipendente della seguente P.A. / ovvero di non essere dipendente da altre Pubbliche Amministrazioni (*cancellare la dizione non appropriata*);
6. di essere in possesso del/i titolo/i preferenziale/i di cui all’Art. 1, comma 4.

Dichiara inoltre di impegnarsi a svolgere l’incarico senza riserva e secondo il calendario concordato con l’istituto scolastico.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere consapevole che l’istituto scolastico utilizzerà i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Dlgs. 30/06/2003 n.196 e Decreto MPI 07/12/2006 nr. 305 “Codice in materia di protezione dei dati personali), con le modalità specificate nell’avviso pubblico.

*ALLEGATO 1* – Pag. 2 di 4 – TABELLA RIASSUNTIVA DI TITOLI ED ESPERIENZE VALUTABILI

COMPILA

la seguente tabella per il calcolo del punteggio **barrando** con una “x” **la casella in prima colonna**

corrispondente al requisito posseduto, riportato sul Curriculum Vitae allegato:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A1 - TITOLI DI STUDIO, CULTURALI, PROFESSIONALI E ACCADEMICI** | | | |
|  | **TITOLO** | **PUNTI** | **DICHIARAZIONI** |
|  | 1. Laurea in Scienze Infermieristiche o fisioterapia | 12 | (denominazione del titolo, anno accademico di conse- guimento e denominazione ente che lo ha conferito) |
|  | 2. Votazione conseguita (punti 0,50 per ogni voto superiore a 76/110) | Max 17 |  |
|  | 3. Titolo di studio conseguito con la lode (SI / NO) | 4 |  |
| **A2 - ESPERIENZE PROFESSIONALI** | | | |
|  | **TIPO DI SERVIZIO** | **PUNTI** | **DICHIARAZIONI** |
|  | 4. Per ogni **ATTIVITÀ DI DOCENZA** della **durata di almeno 20 ore** nell’ambito di **Corsi finalizzati al conseguimento della qualifica di Operatore dei Servizi Socio-Sanitar**i organizzati da Centri di Formaz. Professionale accreditati dalla Regione Emilia Romagna; | 6 | (Per ogni **docenza di almeno 20 ore**, **chiaramente riscontrabile** nel curriculum vitae allegato)  N° attività di docenza: |
|  | 5. Per ogni **ATTIVITÀ DI DOCENZA** della **durata di almeno 15 ore** svolte nell’ambito di **Corsi Universitari di Infermiere – Fisioterapista**; | 6 | (Per ogni **docenza di almeno 15 ore**, **chiaramente riscontrabile** nel curriculum vitae allegato)  N° attività di docenza: |
|  | 6. Per ogni **ATTIVITÀ DI TUTORAGGIO** svolta nell’ambito di **Corsi Universitari di Infermiere**  **– Fisioterapista**; | 3 | (Per ogni **tutoraggio**, **chiaramente riscontrabile** nel curriculum vitae allegato)  N° corsi: |
|  | 7. Per ogni partecipazione in **qualità di relatore** nei corsi di formazione rivolti alla figura professionale di Infermiere – Fisioterapista. | 4 | (Per ogni partecipazione, **chiaramente riscontrabile**  nel curriculum vitae allegato)  N° partecipazioni: |
|  | 8. Per ogni partecipazione in **qualità di discente** nei corsi di formazione professionale specifici per Infermiere – Fisioterapista; | 1 | (Per ogni partecipazione, **chiaramente riscontrabile nel curriculum vitae** allegato)  N° attestati di partecipazione: |

 barrare la casella corrispondente al requisito posseduto, riportato sul curriculum Vitae.

Allega alla presente:

* 1. il proprio **Curriculum Vitae**, redatto in formato europeo, del quale, consapevole della responsabilità penale e della decadenza di qualsivoglia beneficio in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell’art.46, 75,76 del DPR 445/2000, dichiara la **veridicità dei contenuti**, completi, a pena di esclusione, delle informazioni che ne consentono la verifica da parte dell’amministrazione:
     + nel C.V. i titoli di cui alla **sezione A1** della tabella sono completi dell’indicazione dell’**Istituto**

/ **Università** e dell’**anno** in cui sono stati **conseguiti**.

* + - nel C.V. le attività di cui alla **sezione A2** della tabella sono complete dell’indicazione di Istituto

/ Ditta / Ente promotore, anno di svolgimento e durata (ove prevista dalla tabella di valutazione).

# Copia del documento di identità

* 1. La seguente **dichiarazione analitica** delle esperienze e dei servizi lavorativi valutabili riscontrabili anche nel curriculum vitae:

Il sottoscritto dichiara:

Di aver maturato le seguenti significative esperienze in ambito sanitario, sociosanitario e/o socio assistenziale presso strutture pubbliche o private.

Anno ha svolto in qualità di attività di

presso di

Anno ha svolto in qualità di attività di

presso di

Anno ha svolto in qualità di attività di

presso di

Anno ha svolto in qualità di attività di

presso di

Di aver maturato le seguenti esperienze professionali, valutabili ai sensi dell’articolo 3. dell’avviso di Selezione:

 Ha svolto **attività di docenza** nell’ambito di **Corsi O.S.S.** per **almeno20 ore** come segue:

Anno ha svolto attività di docenza sul tema presso

di

Anno ha svolto attività di docenza sul tema presso

di

Anno ha svolto attività di docenza sul tema presso

di

 Ha svolto **attività di docenza nell’ambito di Corsi Universitari per almeno 15 ore** come segue:

Anno ha svolto attività di docenza sul tema presso

di

Anno ha svolto attività di docenza sul tema presso

di

Anno ha svolto attività di docenza sul tema presso

di

 Ha svolto attività di **tutoraggio nell’ambito di Corsi Universitari** come segue:

Anno ha svolto attività di Tutor con l’incarico di presso

di

Anno ha svolto attività di Tutor con l’incarico di presso

di

 Ha partecipato ai **corsi di formazione professionale in qualità di RELATORE** come segue:

nell’anno in qualità di Relatore nel Corso di Formazione dal titolo

rivolto a organizzato da

sulla la tematica di

nell’anno in qualità di Relatore nel Corso di Formazione dal titolo

rivolto a organizzato da

sulla la tematica di

nell’anno in qualità di Relatore nel Corso di Formazione dal titolo

rivolto a organizzato da

sulla la tematica di

 Ha partecipato ai **corsi di formazione professionale in qualità di DISCENTE** come segue: nell’anno in qualità di Discente nel Corso di Formazione dal titolo rivolto a organizzato da \_\_\_\_\_

nell’anno in qualità di Discente nel Corso di Formazione dal titolo rivolto a organizzato da

nell’anno in qualità di Discente nel Corso di Formazione dal titolo rivolto a organizzato da

nell’anno in qualità di Discente nel Corso di Formazione dal titolo rivolto a organizzato da

lì

(luogo) (data)