ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. “Marco Ulpio Traiano”

**DICHIARAZIONE DELL’OPERATORE**

.l.sottoscritt ………….………………………………………………………………………………..

nat….a……………………………………………………………………………..il…………………

residente ……………………………………via/piazza………………………………………………

Cap…………………Prov………………… Codice Fiscale………………………………………….

In qualità di Operatore

della……………………………………………………………………………………………………

con sede legale in………………………… via/piazza……..…………………… ......Cap………

Partita IVA………………………………………………………………C.F………………………………...

DICHIARA

* + essere cittadino/a italiano/a o di uno degli Stati Membri dell’Unione Europea;
  + godere dei diritti politici;
  + non aver riportato condanne penali e non avere provvedimenti penali o disciplinari pendenti e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
  + di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali.

Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e professionali e delle seguenti esperienze:

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo di studio** | Laura specialistica  …………………………………………………………………..  Data …………………. Ateneo ……………………………..  Laura triennale  …………………………………………………………………..  Data …………………. Ateneo ……………………………..  Diploma di scuola superiore  …………………………………………………………………..  A.S. …………………. Istituto …………………………….. |
| **Possesso del titolo professionale di assistente alla comunicazione nel metodo oralista** | Possesso del titolo professionale di Assistente alla Comunicazione nel metodo oralista  Dati relativi al conseguimento …………………………………..  ……………………………………………………………………. |
| **Attestato di frequenza di un corso di formazione per Assistenti alla Comunicazione della durata di almeno 200 ore rilasciato da Regione o Enti accreditati** | Attestato di frequenza di un corso di formazione per Assistenti alla Comunicazione della durata di almeno 200 ore rilasciato da Regione o enti accreditati  Data ………………… Ente ………………. |
| **Altri attestati attinenti all’ambito richiesto rilasciati da Regione o Enti accreditati** | 1. …………………………………………………….. data…………… Ente ………………………….. 2. …………………………………………………….. data…………… Ente ………………………….. 3. …………………………………………………….. data…………… Ente ………………………….. 4. …………………………………………………….. data…………… Ente ………………………….. 5. …………………………………………………….. data…………… Ente ………………………….. |
| **Esperienze di lavoro nell’ambito delle attività di assistenza alla comunicazione rivolto ad alunni con disabilità sensoriale uditiva (sordi o ipoacusici).** | Dal ……….. al…………… Istituzione scolastica ……………….. ……………………………………………………………………….. Dal ……….. al…………… Istituzione scolastica ……………….. ……………………………………………………………………….. Dal ……….. al…………… Istituzione scolastica ……………….. ……………………………………………………………………….. Dal ……….. al…………… Istituzione scolastica ……………….. ……………………………………………………………………….. Dal ……….. al…………… Istituzione scolastica ……………….. ……………………………………………………………………….. Dal ……….. al…………… Istituzione scolastica ……………….. ……………………………………………………………………….. Dal ……….. al…………… Istituzione scolastica ……………….. ……………………………………………………………………….. |

Si attesta quanto sopra ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

**Si allega Curriculum vitae e copia del documento di identità**

Roma, ……………….. Firma ………………………………