DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE

AVVISO PER SPORTELLO DI ASCOLTO 2020-21

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo di Alpignano

Il/la sottoscritto/a

Nato a ( ) il

Residente a ( ) in Via n.

C. F. tel cell.

Indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di esperto per l’attività di SPORTELLO DI ASCOLTO.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **autocertificazione** | **Attribuzione**  **da parte della scuola** |
| **TITOLI VALUTABILI** | Titolo di studio di formazione specifica nel settore (master, corsi di specializzazione specifici) | **PUNTI 10** |  |  |
| Altri titoli di specializzazione coerenti con l’incarico o altra formazione specifica acquisita presso istituzioni formative pubbliche o private accreditate | **PUNTI 2**  **(fino a 10)** |  |  |
| Esperienza nella conduzione di sportello psicologico nella scuola | **PUNTI 10** |  |  |
| Esperienza in progetti analoghi come esperto presso questa istituzione scolastica, | **PUNTI 5** |  |  |

Dichiara che svolgerà l’incarico senza riserve e secondo il calendario definito dall’istituzione Scolastica e di aver preso visione della selezione. A tal fine allega autocertificazione, curriculum vitae.

Data Firma

Informativa ai sensi dell’art.10 della legge 675/1996: I dati sopra riportati sono prescritti dalle Disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

□ acconsento □ non acconsento

Data Firma