

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria – A.T.P. di Vibo Valentia

ISTITUTO COMPrensIVO di BRIATICO (VV)

Scuola dell'Infanzia – Primaria –Secondaria di 1° grado Via Cocca – Briatico –

Tel. 0963/391371 – C.F.96012550792 - Cod. Mecc.VVIC823009 - E-Mail:

VVIC823009@istruzione.it

Sito istituto: www.icbriatico.it post.cert vvic823009@pec.istruzione.it

Prot. n. 0036/C27

Briatico, 08/01/2019

**Alle Scuole della Provincia di Vibo Valentia
Al Comune di Briatico
Al Centro per l'Impiego di Vibo Valentia
All'Ambito Territoriale per la Provincia di Vibo Valentia
Albo PRETORIO on line
ATTI**

Oggetto: ERRATA CORRIGE Bando selezione pubblica per conferimento incarichi assistenza specialistica contratto d'opera per servizi - L.R. 27/85 - Interventi integrazione scolastica studenti disabili – a.s. 2018/19

Procedimento esente dall'obbligo di indicazione del C. I. G. - Collaborazioni professionali - Provved.to Avcp n° 10/2010 par 2.7

Si comunica che per mero errore tecnico il Bando indicato in oggetto riporta il N. di prot. errato; lo stesso è stato corretto e risulta essere il seguente: Prot. N. 0012/C27 del 04/01/2019.

La correzione riguarda unicamente il N. di Protocollo, tutto il resto è invariato.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Rosaria GALLORO

Firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. Lgs. n. 39/1993

Allegato 1 : Modello di domanda per la selezione di Esperto specialista esterno-L.R. n.27/85

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. di Briatico

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____)
il _____ residente a _____ (____) in Via/Piazza _____ n. _____,
con recapito telefonico _____, indirizzo e-mail _____
e Codice fiscale _____

CHIEDE

di partecipare alla **selezione** per l'assegnazione dell'**incarico di Esperto specialista esterno** di: (barrare)

- Musicoterapeuta esperto autismo;
- Psicologo esperto autismo;
- Assistente all'autonomia e alla comunicazione.

All'uopo, sotto la propria e personale responsabilità, **DICHIARA:**

- di possedere il necessario titolo di accesso: _____
- di avere svolto attività professionale nell'assistenza a diversamente abili, con le seguenti esperienze nel *disturbo comportamentale legato all'autismo* _____
- di possedere la Cittadinanza italiana o di altro Paese dell'U E e di conoscere la lingua italiana;
- di avere età superiore agli anni 18 e di godere dei diritti civili e politici;
- di possedere idoneità fisica all'impiego, senza handicap che impediscano l'attività da svolgere;
- di non aver riportato condanne penali né condanne alla pena accessoria del divieto di contraffazione con la P.A. e di non avere procedimenti penali in corso;
- di essere disponibile a svolgere l'incarico senza riserve, secondo calendari/ orari indicati dalla I.S.;
- di autorizzare l'Amministrazione al trattamento dei dati personali (D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i.);
- di possedere i seguenti titoli, come da C.V. accluso, con i relativi, indicati punteggi:
-

CRITERI	PUNTEGGI	PUNTEGGI da ASSEGNARE (a cura del candidato)	CONFERMA PUNTEGGI (a cura della Scuola)
Titoli di studio (max 35 punti):			
Laurea vecchio ordinamento o specialistica in Psicologia	Da 10 a 20 max		
Laurea triennale coerente con il profilo richiesto	5		
Altra laurea attinente (max 1)	5		
Abilitazione specifica , ove necessaria	10		
Master o Corsi di perfezionamento post-laurea, c/o Università e/o Enti riconosciuti nella materia di riferimento- durata minima anni uno (max 2)	5		
Specializzazione biennale polivalente per l'insegnamento in classi di sostegno	5		
Esperienze professionali documentate (Max 30 punti):			
Docenza corsi vari in discipline attinenti l'attività richiesta (max 5)	2		
Attività o incarichi svolti c/o Enti Pubblici o privati in materia durata minima mesi uno (max 20)	1		
Altro (Max 10 punti):			
Partecipazione a corsi di formazione attinenti il ruolo da svolgere (max 10)	1		
	TOTALE:		

Si allegano alla domanda: 1) Curriculum vitae in formato europeo; 2) Copia doc. identità, sottoscritto; 3) Dichiarazione regime fiscale; 4) Eventuale autorizzazione datore di lavoro.

Data _____

Firma _____