|  |
| --- |
| Riservato all’ufficio  Prot.n. \_\_\_\_\_\_  del \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016 |

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’ISTITUTO COMPRENSIVO

di APRIGLIANO

Via Calvelli

87051 APRIGLIANO

**DOMANDA DI CANDIDATURA POSTO COMUNE INFANZIA**

**AVVERTENZA**

La compilazione del presente modulo avviene secondo le disposizioni previste dal DPR n. 445 del 28/12/2000 “TESTO UNICO DELLE DIPOSIZIONI LEGISLATIVE E REGOLAMENTARI IN MATERIA DI COCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA”. In particolare:

* I dati riportati dal dichiarante assumono il valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione rese ai sensi dell’art.46; vigono, al riguardo, le disposizioni di cui all’art.76 che prevedono conseguenze di carattere amministrativo e penale per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità.
* Ai sensi dell’art.39 la sottoscrizione del modulo di autocandidatura non è soggetta ad autenticazione.
* I competenti uffici dell’amministrazione scolastica dispongono gli adeguati controlli sulle dichiarazioni rese dal dichiarante secondo quanto previsto dagli artt. 71 e 72.
* I dati richiesti nel modulo sono acquisiti ai sensi dell’art.16 e assumono il carattere di riservatezza previsto dal D.Lvo n.196 del 30/6/2003.

Il/La sottoscritto/a

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA DI NASCITA |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMUNE (PROV) DI NASCITA |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INDIRIZZO: VIA E N.C. |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAP |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMUNE |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROVINCIA |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| N. TELEFONO |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| E\_MAIL |  | | | | | | | | | | | | | | | |

Ai fini della candidatura per la proposta di individuazione per eventuale incarico triennale di n. 1 docente scuola dell’**infanzia** posto **COMUNE**,

DICHIARA

di possedere le seguenti competenze:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRITERIO**  Ordine di priorità | **COMPETENZE** | **DOCUMENTAZIONE**  (*tipo, data e luogo)* |
| ❒ | **ESPERIENZE**   * Aree a rischio e a forte processo immigratorio. |  |
| ❒ | **FORMAZIONE**  Attività formative di almeno 40 ore svolte entro il 30 giugno 2016 presso  Università, Enti accreditati dal MIUR e Istituzioni Scolastiche nei piani  regionali e nazionali nell’ambito dell’**INCLUSIONE.** |  |
| ❒ | **TITOLI E CERTIFICAZIONI**   * Specializzazione metodo Montessori, Pizzigoni o Agazzi; * Certificazioni informatiche. |  |

* punteggio mobilita’ 2016/2017: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_