

MODELLO ALLEGATO A) - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 DPR N. 445 DEL 28/12/2000).

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER ASSISTENTI EDUCATIVI -

ANNO SCOLASTICO 2021 /2022

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente in _____ Prov. (____) Via/P.zza
_____ n. _____ Codice fiscale
_____ tel _____ email/pec _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura comparativa per l'affidamento di un incarico esterno per assistente educativo.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, a tal fine

DICHIARA

(barrare la casella che interessa):

- di essere cittadino/a italiano/a
- di essere cittadino/a dello stato _____ e di essere in possesso dei seguenti requisiti di cui all'art. 3 del DPCM 7.2.1994 n.174 ;
- di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o di provenienza, ovvero i motivi che ne impediscano o limitano il godimento _____;
- di non avere riportato condanne penali con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che incida sulla propria moralità professionale;
- di non avere procedimenti penali in corso per i quali i competenti organi abbiano disposto il rinvio a giudizio secondo la normativa vigente;
- che non sussistono cause limitative della capacità di sottoscrivere contratti con la pubblica amministrazione e di espletare l'incarico oggetto della selezione;
- di non essere stato destituito, dispensato o licenziato presso una Pubblica Amministrazione;
- di non essere stato dichiarato decaduto per avere conseguito impieghi mediante produzione di documenti falsi o viziati di validità insanabile;
- di essere fisicamente idoneo all'impiego;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
_____, conseguito con il voto _____;

_____ , conseguito con il voto _____ ;

di essere in possesso di Attestato di qualifica professionale di assistente educativo rilasciato da un Ente di formazione accreditato _____ (indicare ente di formazione), conseguito il: _____

di aver seguito i seguenti Corsi specialistici per assistenza a persone con disabilità/autismo:

titolo	Ente formatore	data	Esame finale SI/NO

di aver svolto Attività di assistenza specialistica a minori con disabilità/autismo:

presso istituti scolastici

OGGETTO DEL SERVIZIO	ISTITUTO SCOLASTICO	DATA (DAL... AL...)

presso strutture statali o autorizzate

OGGETTO DEL SERVIZIO	DENOMINAZIONE STRUTTURA STATALE O AUTORIZZATA	DATA (DAL... AL...)

Trattamento dati: Autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i propri dati personali raccolti siano trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma
